

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Paul DESFOSSES

ANCIEN INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MANUEL OPÉRATOIRE

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE

TRANS-MÉSO-COLIQUE

(PROCÉDÉ DE VON HACKER)

PRÉSIDENT : **M. TILLAUX**, professeur.

JUGES. } **MM. TERRIER**, professeur.

} **TUFFIER** et **RICARD**, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Paul DESFOSSES

ANCIEN INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MANUEL OPÉRATOIRE

DE LA

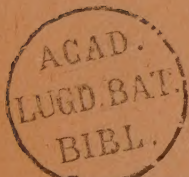
GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE

TRANS-MÉSO-COLIQUE

(PROCÉDÉ DE VON HACKER)

PRÉSIDENT: **M. TILLAUX**, professeur.

JUGES. } **MM. TERRIER**, professeur.
TUFFIER et **RICARD**, agrégés.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.		RAYMOND.
		{ BERGER.
Clinique chirurgicale.		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ N.
		{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

- De l'utilité de l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie. — En collaboration avec F. JAYLE. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1893, 6 oct., p. 520.)
- Fractures de l'astragale. (*Archives générales de médecine*, 1894, juillet, p. 684 et 55.)
- Deux cas de kystes épidermiques des doigts. (*Archives générales de médecine*, 1895, janvier, p. 94.)
- Incision d'un foyer de gangrène pulmonaire. — En collaboration avec BONNET. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1895, 6 décembre, p. 750.)
- Hydronéphrose. — En collaboration avec Th. TUFFIER. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1896, 23 janvier, p. 95.)
- Un cas d'hémimélie. — En collaboration avec M. CHAILLOUX. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1896, 24 avril, p. 388.)
- ? — En collaboration avec L. TISSIER. (*Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique*, 1896.)
- Emploi de l'autoclave et du borate de soude pour la stérilisation des instruments de chirurgie. (*La Presse médicale*, 1897, 23 juin, n° 51, p. 291.)
- De la désinfection des mains. — En collaboration avec F. JAYLE. (*La Presse médicale*, 1897, 25 août, n° 70, p. 114.)
- Cathétérisme de l'œsophage et gavage par les fosses nasales. (*La Presse médicale*, 1897, 18 septembre, n° 77, p. 168.)
- Contusions du thorax. Fractures de côtes. Rupture du foie. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1897, octobre, p. 711.)
- Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1897, 15 octobre, p. 728.)

Un cas de fracture du calcanéum par arrachement. — En collaboration avec
Th. TUFFIER. (*Bull. Soc. Anatomique*, 1898, 14 janvier.)

VARIA.

Compte rendu du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.
2^e session. Genève, septembre 1896. (*Bulletin médical*, p. 834, 857,
870, 882, 894, 910, 923, 935, 944.)

Compte rendu du Congrès français de chirurgie. 10^e session tenue à Paris du
19 au 24 octobre 1896. — En collaboration avec GRANJUX. (*Bulletin
médical*, 1897, p. 999, 1015, 1034, 1050, 1060.)

Compte rendu du Congrès français de chirurgie. 11^e session tenue à Paris du
18 au 23 octobre 1897. — En collaboration avec GRANJUX. (*Bulletin
médical*, 1897, octobre-novembre.)

AU D^r A. DESFOSSES, MON EXCELLENT PÈRE

A MA MÈRE BIEN AIMÉE

COMME UN HOMMAGE DE RECONNAISSANCE ET DE PIÉTÉ FILIALE

Je dédie ce travail.

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

en 1888 m'a accueilli comme bénévole dans son service de l'Hôtel-Dieu, il me fait aujourd'hui le grand honneur de présider ma thèse, qu'il me permette de lui exprimer ici mes sentiments de reconnaissance et de profond respect.

Depuis l'automne 1897, où commença ma première année de médecine, j'ai toujours trouvé auprès des maîtres qui m'acceptèrent comme élève, leçons instructives et bienveillant accueil. Je tiens à exprimer ici mes sentiments d'estime et de gratitude profondes à mes maîtres dans les hôpitaux de Paris,

MM. BLUM, externat 1890 ; internat 1893.

GINGEOT, externat 1891.

RIGAL, externat 1892.

DE BEURMANN, internat 1894.

BRUN. internat 1896.

BAR, internat 1896.

TUFFIER, internat 1895 ; internat 1897.

DEMOULIN, GUINARD, TISSIER, WALTHER.

C'est avec un vif sentiment de regret que je dis adieu à ces Hôpitaux de Paris où j'ai passé de si agréables moments ; de mes chefs de services, de mes collègues d'internat, du personnel hospitalier, des malades qui me furent confiés, j'emporte avec moi le meilleur souvenir.

J'ai été deux ans l'interne de M. Tuffier ; en même temps qu'il m'instruisait par ses leçons et par l'exemple de sa merveilleuse dextérité opératoire, il m'a toujours montré une bienveillance extrême. C'est lui qui m'a

donné l'idée de ce travail, je lui garderai toujours la plus vive reconnaissance.

Les six mois que j'ai passés, comme interne, dans le service de M. Brun, aux Enfants-Malades, m'ont permis d'apprécier à quel degré sont réunies en lui les qualités de l'homme et du chirurgien; je ne saurais trop le remercier de la sympathie qu'il m'a toujours montrée et lui assurer mon dévouement le plus absolu.

M. le Dr de la Varenne nous a témoigné une constante bienveillance, qu'il nous permette de lui exprimer toute notre gratitude.

Deux de mes aînés dans l'internat, MM. P. Pompidor et F. Jayle, ont eu pour moi une amitié particulière; je les remercie de leurs conseils si dévoués et de leur inépuisable obligeance.

Au début de mes études médicales, j'ai été guidé par M. le Dr Merigot de Treigny, alors interne des Hôpitaux; il n'a cessé depuis lors de me montrer un bienveillant intérêt; son amitié a été pour moi d'un grand prix; je tiens à lui manifester ici toute ma reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.	11
GÉNÉRALITÉS.	
Définition.	17
Historique.	17
1 ^o Méthode de von Hacker.	19
2 ^o Méthode de Courvoisier.	20
3 ^o Méthode de Poucel.	21
INDICATIONS.	
Indications générales de la gastro-entérostomie.	27
Indications spéciales de la gastro-entérostomie de von Hacker.	29
PRÉPARATIFS.	
I. Instruments et matériel.	31
II. Disposition de la salle d'opération.	36
III. Préparation du malade.	37
OPÉRATION.	
I. Incision de la paroi.	39
II. Exploration de la région.	39

III. Perforation du méso-côlon transverse. — Disposition du champ opératoire.	41
IV. Création de la bouche anastomotique.	43
1° Suture séro-séreuse postérieure.	45
2° Suture séro-séreuse antérieure. — Points d'attenté.	45
3° Ouverture de l'intestin.	48
4° Suture muco-muqueuse.	48
V. Suture de la paroi abdominale.	53
VI. Durée de l'opération.	53

SOINS CONSÉCUTIFS.

COMPLICATIONS.

I. Complications des gastro-entérostomies en général.	57
1° Accidents pulmonaires.	57
2° Infections.	58
3° Les Parotidites.	59
4° Hémorragies.	60
5° Éventrations.	61
6° Étranglement interne.	61
7° Circulus viciosus.	63
II. Complications propres à la gastro-entérostomie postérieure de von Hacker.	64

RÉSULTATS.

I. Examen anatomique de la bouche néoformée.	65
II. Résultats fonctionnels.	68
Conclusions.	69
Observations.	71
Index bibliographique.	97

INTRODUCTION

En 1893, nous avons relaté, en collaboration avec F. Jayle, trois cas de gastro-entérostomie antérieure où le nouvel orifice de communication entre l'estomac et l'intestin avait fonctionné d'une façon absolument défectueuse : le bout efférent de l'anse jéjunale fixée à l'estomac s'était coudé, le contenu stomacal refluit dans le duodénum au lieu de s'engager dans le jéjunum. Il en résultait une stagnation dans l'estomac et le duodénum de tous les liquides absorbés.

Des accidents analogues ont été signalés par plusieurs opérateurs.

« Lorsqu'on abouche à l'estomac (face antérieure), dit von Hacker, une portion très élevée du jéjunum, celui-ci agissant comme un cordon tendu peut comprimer le côlon transverse ; choisit-on un point du jéjunum situé loin en aval, il peut se glisser dans l'anse formée des portions de l'intestin à long mésentère.....

Dans un de mes cas où nous avons abouché à l'estomac une anse intestinale convenable, il se produisit manifestement un reflux du contenu stomacal dans le

bout afférent (duodénal), d'où vomissements incoercibles et mort. »



FIG. I. — Gastro-entérostomie antérieure défectueuse.

(Dessiné d'après une figure parue dans notre article du *Bulletin de la Société anatomique*, 1893, octobre, p. 520.)

On voit la dilatation considérable du duodénum et l'état de vacuité du bout périphérique. Le côlon transverse se trouve pincé en son milieu par l'anse intestinale, placée au-devant de lui. Les liquides stomacaux s'engageaient dans le duodénum et nullement dans le jéjunum. Il s'agissait d'un cancer du pylore.

Dans un cas de Doyen (1), l'autopsie montra que le contenu stomacal se précipitait dans le duodénum sans qu'une seule goutte cheminât en sens inverse vers le jéjunum. Après une gastro-entérostomie antérieure,

(1) DOYEN. *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac*. Paris, 1894.

Roux trouva également comme cause de la mort « un duodénum dilaté comme un estomac, parce que, malgré un long accollement de gauche à droite, tout près de la grande courbure, au fond de la poche pylorique, les liquides, à toutes les expériences, s'engagent consciencieusement et exclusivement dans la branche ascendante de l'anse jéjunale supérieure, bien choisie du reste, c'est-à-dire avec un méso assez long. »

Cette année, M. Tuffier s'est trouvé en présence d'un fait du même genre. Après une gastro-entérostomie antérieure pour rétrécissement cicatriciel du pylore, le malade continuait à vomir ; une laparotomie secondaire permit de voir que le bout efférent de l'anse était coudé et ne donnait plus passage au contenu stomacal. Le simple redressement de la coudure et la fixation de l'anse jéjunale par un point supplémentaire à l'estomac suffit à rétablir la circulation intestinale et le segment aplati se gonfla sous les yeux mêmes de l'opérateur et de ses aides.

Il serait facile de citer d'autres noms ; mais, mon intention n'est pas de faire le procès de la gastro-entérostomie antérieure.

Il est bien certain qu'avec quelques précautions la méthode de Wölfler peut donner une bouche de néoformation fonctionnant bien, Wölfler indique la technique à suivre pour obtenir ce résultat (1). Sur la figure 2

(1) A. WÖLFER, Ueber Magen. Darm. chirurgie Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für chirurgie, Berlin, 1896-97, 30 mai, p. 117.

« Si dans la gastro-entérostomie ante-colique, dit Wölfler, on prend une anse

dessinée d'après les pièces d'autopsie d'une gastro-entérostomie antérieure pour cancer du pylore on voit quelle doit être la position à donner à l'anse jéjunale.



FIG. 2. — Gastro-entérostomie antérieure bien faite.

(Dessiné d'après les pièces d'autopsie d'un malade auquel M. Tuffier avait pratiqué une gastro-entérostomie antérieure pour néoplasme du pylore.)

La bouche de néo-formation est bien placée, très près de la grande courbure, l'anse anastomotique a été fixée par deux points de suture, un en amont, un en aval, pour éviter la soudure brusque de l'intestin. Cette anse avait une longueur suffisante pour que le côlon transverse ne fût pas comprimé.

intestinale à long mésentère, le côlon ne risque pas d'être comprimé; si en outre on place le bout afférent verticalement par rapport à la paroi antérieure de l'estomac, le contenu stomacal ne peut pénétrer dans ce bout. Par ce fait aussi, on évite la formation d'un éperon, accident redouté; de plus par suite de cette position il se fait une légère coudure entre la portion ascendante et la portion descendante ce qui diminue l'afflux profus de bile du moins dans les premiers jours. »

Mais, bien que l'estomac soit contractile et ne puisse pas être comparé à un récipient à parois rigides, il est indubitablement plus rationnel de placer l'orifice d'évacuation à la partie postérieure de l'estomac qui est le point le plus déclive lorsque le malade est couché.

Ayant assisté comme aide direct à plusieurs gastro-entérostomies postérieures, en ayant vu les bons résultats, j'ai été amené à lire les observations de gastro-entérostomies publiées en France et à l'étranger, à répéter un certain nombre de fois cette opération sur le cadavre. Il m'a paru intéressant de prendre pour sujet de notre thèse le manuel opératoire de la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique qui m'a paru un des meilleurs procédés de gastro-entérostomie postérieure.

J'ai vu ainsi que dans un grand nombre de cas les méthodes de gastro-entérostomies postérieures ont donné des guérisons durables ; il ne nous a point paru qu'elles fussent d'une exécution plus difficile que les méthodes antérieures.

En matière de chirurgie, les théories et les appréciations n'ont de valeur que si elles s'appuient sur une longue pratique et une grande expérience ; les raisonnements *a priori* sont sans portée ; aussi je me contenterai de donner la description de la gastro-entérostomie de von Hacker, sans essayer de la mettre en parallèle avec les autres méthodes, dont je n'ai personnellement aucune expérience.

GÉNÉRALITÉS

Définition. — La gastro-entérostomie postérieure de von Hacker est l'opération qui consiste à créer un abouchement de la première portion du jéjunum à la face postérieure de l'estomac à travers une boutonnière pratiquée dans le mésocôlon transverse.

La plupart des chirurgiens, qui pratiquent cet abouchement, le font au moyen de sutures à la soie; Czerny (1) emploie pour cette opération le bouton de Murphy d'une façon systématique.

Historique. — Von Hacker fut le premier à pratiquer l'abouchement du jéjunum à la face postérieure de l'estomac à travers une boutonnière pratiquée dans le mésocôlon transverse. Il rendit compte de cette opération nouvelle au 10^e congrès allemand de chirurgie (Berlin, 1885) et il présenta des pièces montrant

(1) CZERNY (Heidelberg). Therapie der Krebsigen stricturen des OEsophagus, des Pylorus und des Rectum. Erfolge der Verschiedenen Heilmethoden. *Referat für den XII Internationalen Congress Sonderabdrucks aus der Berliner Klin. Wochenschr.*, 1897, n° 34.

le nouveau mode d'union du jéjunum à l'estomac. La première de ces opérations fut pratiquée le 22 mars 1885, en remplacement du professeur Billroth.

« J'ai fait de cette façon, dit-il, la gastro-entérostomie chez un paysan de 49 ans qui présentait les symptômes de sténose pylorique et de très violentes douleurs d'estomac.

.
A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula une quantité assez abondante de liquide séreux; la main introduite dans le ventre permit de sentir une tumeur grosse comme le poing située sur le pylore, avec des adhérences en arrière, peu mobile, et qu'il ne fut pas possible d'attirer dans la plaie d'incision. Comme la résection du pylore n'était pas praticable, je me décidai à faire la gastro-entérostomie. L'épiploon et le côlon transverse furent rabattus par en haut; l'estomac étant refoulé de haut en bas, je fis, dans le mésocôlon transverse, une fente parallèle aux vaisseaux et que j'élargis aux ciseaux, sans que pour cela il se fit la moindre hémorragie. Pour empêcher que cette fente du mésocôlon transverse ne se rétractât et vint ainsi comprimer le jéjunum, je fixai ses bords à l'estomac par quelques points de suture superficiels (six), en sorte qu'une portion circulaire de la paroi postérieure de l'estomac se trouvait ainsi bordée par ces sutures. Pour faire la bouche, je choisis la portion du jéjunum au-dessous du coude duodéno-jéjunal, car je m'étais aperçu dans mes recherches sur le cadavre qu'en rabattant en haut cette portion du jéjunum le bout afférent qui contribue à former ce coude était par ce fait plié sur lui-même. L'anse jéjunale fut, après expression de son contenu, fermée à l'aide de deux forts fils de soie passés à travers le mésentère et noués lâchement; l'issue du contenu stomacal fut empêchée par les mains de deux assistants. Après avoir ainsi ouvert, sur une étendue de 5 à 6 centimètres, l'estomac et l'intestin, on sutura exactement d'abord les bords inférieurs des plaies stomacales et intestinales par des points de suture auxquels on superposa des sutures muco-muqueuses.

. Vinrent ensuite les sutures intestinales extérieures de Lambert. Le point d'abouchement de l'intestin était, de toutes parts, situé à un demi-centimètre au moins de la brèche méso-colique. L'opération n'avait pas duré plus longtemps que dans les cas ordinaires où l'on emploie l'autre

méthode. Le malade mourut dans le collapsus trente-six heures après l'opération.

.

Malgré tout, de ce fait je gardai l'impression que cette opération est praticable d'après cette méthode. Comme il n'est pas nécessaire de perforer le ligament gastro-colique et de désinsérer le mésocôlon, elle n'est pas plus compliquée que l'autre méthode sur laquelle elle a l'avantage de mieux correspondre aux conditions anatomiques. Il est inutile de chercher à rétrécir le bout afférent de l'anse, car ce bout se coude de lui-même.

.

« Je pense que ce mode de suture du jéjunum doit être employé lorsqu'on suppose que non seulement la compression du côlon transverse peut se produire par le jéjunum couché au-dessus de lui, mais encore que cette compression peut avoir de graves conséquences, il doit être employé aussi dans les cas où l'affection a envahi une grande partie de la paroi stomacale antérieure et que la paroi postérieure au contraire est restée libre. »

La méthode de von Hacker n'est pas la seule méthode de gastro-entérostomie postérieure. Deux ans avant, von Hacker, Courvoisier avaient inauguré la gastro-entérostomie postérieure en arrière du côlon, mais par un procédé plus compliqué. Dans une opération pratiquée le 19 octobre 1883, pour arriver sur l'angle duodéno-jéjunal, Courvoisier incisa transversalement l'épiploon gastro-colique d'abord, puis le mésocôlon transverse; par cette large brèche il attira la première portion du jéjunum et l'anastomose à la paroi postérieure de l'estomac. Le malade mourut de péritonite.

« Le cas que je viens de décrire, dit Courvoisier, bien qu'il se soit terminé par la mort, me semble offrir de l'intérêt à plusieurs points de vue. L'opération a été pratiquée suivant un plan autre que celui qui a été suivi dans les cinq cas publiés jusqu'ici par Wölfler, Billroth, Lauenstein, Lücke et Rydygier.

.

« Mes recherches sur le cadavre m'avaient montré qu'on ne peut pas toujours réussir à rabattre au-devant du côlon transverse et à suturer à la paroi antérieure de l'estomac l'angle duodéno-jéjunal (*flexura duodeno-jéjunalis*), ou même une anse jéjunale située à 40 centimètres plus loin (d'après le plus récent procédé de Wölfler, voyez compte rendu du Congrès de chirurgie, 1883); car en procédant de cette façon je constituai aisément des rapports tels que, sur le vivant, ils devaient fatalement conduire à l'ileus, aussitôt que le côlon ou le jéjunum aurait été un peu distendu par le contenu intestinal. Aussi trouvai-je plus rationnel d'aller chercher l'anse duodéno-jéjunale à travers la lamé mésentérique du côlon transverse et d'employer cette anse ou au moins la portion initiale du jéjunum pour la bouche gastro-intestinale. Cette méthode se montra très aisément praticable et par cela même l'abouchement à la paroi postérieure de l'estomac devait se produire.

« De plus, ce cas montre encore que, même en détachant sur une grande étendue le mésocôlon du gros intestin, on n'amène pas forcément une nécrose de ce dernier, si toutefois on a soin de suivre les règles de prudence que j'ai observées, c'est-à-dire de faire le décollement assez loin de l'intestin, en sorte que sa nutrition puisse être assurée par des anastomoses artérielles latérales nombreuses. »

Terrier, Tuffier, Doyen et d'autres opérateurs français, se sont servis également de cette voie pour attirer plus facilement au dehors la face postérieure de l'estomac et l'anse jéjunale, en effondrant l'épiploon gastro-colique puis le mésocôlon transverse de haut en bas. Ils traversent ainsi quatre feuilletts péritonéaux au lieu de deux.

Les opérations pratiquées par ce procédé ne sont pas des gastro-entérostomies de von Hacker. Ce sont des gastro-entérostomies de Courvoisier (1). Malgré tout l'intérêt qui s'attache à la lecture de ces observations

(1) COURVOISIER, L. B. Gastro-entérostomie nach Wölfler bei inoperablem Pilocarcinom. *Tod. Centralblatt für chirurgie*, 1883, n° 40, p. 794.

nous ne pouvons les faire entrer dans le cadre de cette thèse quoiqu'en réalité ces deux procédés soient peu différents.

Poucel (1), de Marseille, a un procédé de gastro-entérostomie postérieure qui lui est propre et qui lui a donné, pour deux cas, deux guérisons opératoires; c'est

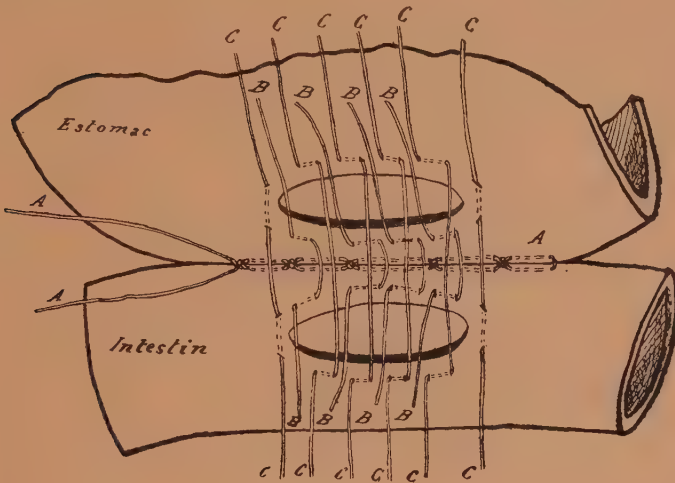


FIG. 3.

une gastro-entérostomie postérieure anté-colique après résection de l'épiploon au ras de ses insertions.

« Après examen minutieux de la région, j'attire au dehors l'estomac et le côlon transverse prolabé, je résèque l'épiploon au ras de ses insertions, le jéjunum est amené et le côlon transverse réduit.. . . .

(1) POUCEL, E. Gastro-jéjunostomie postérieure pour sténose cicatricielle du pylore; guérison. *Gazette des Hôpitaux*, 1896, 4 août, n° 89, p. 891.

« Le jéjunum est accolé alors à la paroi postérieure de l'estomac (que je choisis de préférence à l'antérieure et lui est réuni par une suture de Gély musculo-séreuse, longue de 10 centimètres, parallèle à la grande courbure et à 4 centimètres en arrière de celle-ci (voy. fig. 3 AA). Les fils de cette suture sont noués après chaque entrecroisement.

« Quatre pinces courbes, garnies de caoutchouc, sont appliquées sur le jéjunum et l'estomac, limitant les régions où doivent être pratiquées les ouvertures, celles-ci sont faites en avant de la suture de Gély et à 1 centimètre environ. Je leur donne une forme ovale plutôt que linéaire. Le liquide brunâtre qui s'écoule est soigneusement épongé. Les deux orifices sont cousus par des fils séparés, intéressant encore les tuniques séreuse et musculaire, et disposés comme l'indique la figure (voy. fig. 3 BB et CC).

« Cette suture a l'avantage de ne pas trop rétrécir l'ouverture et d'accroître sa forme ovale. De plus, étant placée à 5 ou 6 millimètres du bord de l'ouverture, il en résulte une sorte de diaphragme pouvant jouer le rôle de valvule et empêcher le reflux de la bile vers l'estomac. Une fois l'anastomose terminée, on la protège en avant par une dernière rangée de fils qui solidarisent définitivement l'estomac et le jéjunum. »

Roux (1) de Lausanne, pratique la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique en Y qui consiste à sectionner le jéjunum, à aboucher le bout inférieur dans la paroi postérieure de l'estomac à travers une brèche méso-colique et à réunir le bout supérieur, ou duodénal, au jéjunum par une implantation latérale. Roux la donne de ce procédé une bonne description dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*. Il en fait remonter l'idée à Socin.

Une fois l'exploration terminée, le côlon transverse est relevé, son méso tendu, effondré largement, et la paroi postérieure de l'estomac, dans la ré-

(1) Roux, C. (de Lausanne). De la gastro-entérostomie. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, janvier-février, n° 1, p. 90.

gion de la poche pylorique, attirée *très facilement hors du ventre*, pendant qu'on saisit et reconnaît le haut du jéjunum avec son repli, ce qui se fait en beaucoup moins de temps que pour le lire.

Pour clamps, de simples épingles à friser. A 15, 20, 30 ou plus de centimètres de l'origine du jéjunum, celui-ci est sectionné entre deux longues et fines pinces de Kocher, et l'incision prolongée dans le mésentère jusqu'à la première bifurcation artérielle; on choisit de préférence pour cette section un endroit où elle puisse être la plus longue, sans dépasser l'arcade du premier rang.

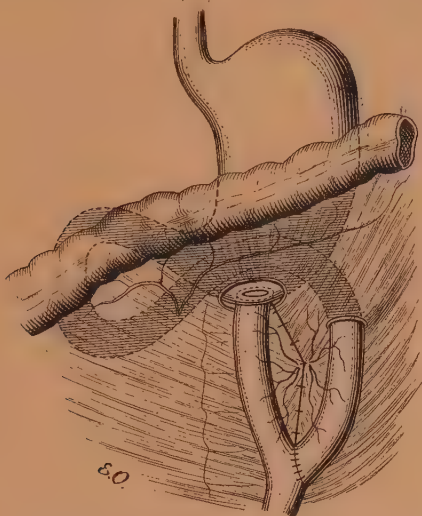


FIG. 4. — Gastro-entérostomie postérieure en Y de Roux.

(Dessinée d'après une figure de l'article de Roux. De la gastro-entérostomie. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. 1, pl. 3.)

On voit la boutonnière créée au mésocolon transverse pour atteindre la face postérieure de l'estomac, plus bas on voit l'entéro-anastomose entre le bout jéjunal et le bout duodénal.

Le bout supérieur du jéjunum, avec sa pince, est alors coiffé d'une compresse de gaze et mis de côté sur la gauche. Le bout inférieur est saisi par l'aide qui tient l'estomac hors de sa brèche méso-colique, et approché mollement au moyen de la pince, pendant que nous plaçons un premier plan de suture séro-séreuse continue, à l'aiguille de couturière, sur ce qui sera le bord postérieur de l'ouverture.

Incision de la séro-musculaire stomacale et intestinale selon Barker, Ies-selt, dont nous avons imité cette précaution sans le savoir ; 'seconde suture continue séro-musculaire. Ouverture de la muqueuse stomacale, abrasion de l'intestin derrière la pince de Kocher ; troisième suture continue sur la muqueuse, tout le tour. Suture séro-musculaire profonde antérieure, puis séro-séreuse.

L'estomac est lâché et le méso ordinairement fixé par les bords de sa brèche autour de la collerette gastro-intestinale par quelques points au catgut. Les sutures principales sont faites à la soie.

L'implantation jéjuné-jéjunale se fait, maintenant, de la même façon : on choisit autant que possible la face opposée au mésentère et on a soin de faire l'incision beaucoup plus courte, de manière à avoir une communication ressemblant à une grosse ampoule de Vater plutôt qu'à un abouchement ordinaire. C'est facilité par l'existence des plis transversaux de la muqueuse, qui donnent à ses bords ectropionnés plus d'ampleur.

La figure 4 montre les deux abouchements terminés, lorsque le bout supérieur du jéjunum est court et haut placé.

Parmi ces différentes méthodes de gastro-entérostomie postérieure, la méthode de von Hacker est celle qui compte les plus nombreux partisans. Au chapitre consacré aux observations sont cités nombre de chirurgiens qui l'utilisent. Czerny, au congrès de Moscou, dit n'avoir pratiqué que 13 gastro-entérostomies antérieures contre 77 exécutées par la méthode de von Hacker: « La méthode de von Hacker, dit-il, c'est-à-dire l'anostomose de l'intestin à la paroi postérieure de l'estomac avec le bouton de Murphy a été adopté dans ma clinique comme un procédé courant à cause de la rapidité et de la facilité de son exécution. Toutes les fois qu'il ne se produit aucun incident, il me faut 15 mi-

nutes pour l'exécuter, à la condition d'avoir un aide exercé. »

A. Wölfler (1) au Congrès allemand de chirurgie de 1896 met en parallèle la gastro-entérostomie antérieure et la méthode de von Hacker. « Comme la modification apportée par von Hacker donne également de bons résultats, dit-il, elle sera indiquée lorsque la paroi stomacale antérieure sera envahie ou lorsque le mésentère de l'intestin grêle sera trop court. Quant à savoir si la gastro-entérostomie rétro-colique doit plus tard être le procédé habituel comme l'est actuellement la gastro-entérostomie ante-colique, il faut attendre que de nouveaux faits nous permettent de trancher cette question. »

(1) A. WÖLFLEK. Ueber Magen. Darm. chirurgie Verhandlungen der *Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1896, 27-30 mai, p. 118.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Depuis le jour où Wölfler (28 septembre 1881) pratiqua la première gastro-entérostomie, pour un néoplasme pylorique inextirpable, le champ de cette opération s'est singulièrement accru. On l'employa d'abord contre les rétrécissements cancéreux du pylore, puis contre les rétrécissements cicatriciels du pylore ou du duodénum. Généralisant de plus en plus, la chirurgie moderne l'appliqua dans la suite à la cure de l'ulcère de l'estomac et plus récemment au traitement des dilatations stomacales et des dyspepsies invétérées.

Le temps nous dira ce que vaut la gastro-entérostomie pour le traitement des affections de l'estomac rebelles aux moyens médicaux. A l'heure actuelle, ce qui est admis par tous, chirurgiens et médecins, c'est que la principale indication de la gastro-entérostomie est le rétrécissement du pylore. Dans les faits de ce genre, la gastro-entérostomie s'impose au même titre que la gastrostomie dans les rétrécissements de l'œsophage. Lors donc que l'on trouvera les signes cliniques de la sténose pylorique, c'est-à-dire vomissements fréquents, dilatation de l'estomac, agitation

péristaltique et surtout, signe capital, constatation le matin, dans l'estomac à jeun, de liquides résiduels chargés de débris alimentaires, on n'attendra pas, pour pratiquer la gastro-entérostomie, la période d'inanition et de cachexie. Le malade que la sténose pylorique conduisait fatalement à la mort sera sauvé par la gastro-entérostomie, temporairement s'il s'agit d'un cancer, définitivement si l'obstacle est de nature fibreuse.

L'ulcère de l'estomac, la lithiasé biliaire, l'ingestion de substances caustiques, telles sont les causes principales de la sténose cicatricielle du pylore. La lithiasé biliaire (1) agit soit par obstacle mécanique dû aux calculs, soit par la formation d'adhérences, reliquat d'une péricholécystite. Les deux autres affections déterminent le rétrécissement par la production d'un tissu decicatrice inextensible et rétractile. D'autres causes de rétrécissement encoré à l'étude sont : les rétrécissements provenant d'une linité plastite ou sclérose hypertrophique sous-muqueuse (2) et les rétrécissements occasionnés par spasme ou contracture du pylore décrits, ces derniers temps, par Robin (3) et Doyen (4).

Les rétrécissements cicatriciels du pylore sont le triomphe de la gastro-entérostomie.

(1) HARLEY, G. Traité des maladies du foie, traduit par Paul Rodet. Paris, 1890, p. 339 et 342.

GALLIARD, L. De l'obstruction pylorique par calculs biliaires. *Presse médicale*, 1895, 5 octobre, n° 48, p. 377.

MARCHAIS. Des rétrécissements du pylore d'origine biliaire. *Thèse*. Paris, 1898, janvier.

MAUGOURD. Obstruction du pylore par calculs biliaires. *Thèse*, Paris, 1897, juillet.
DUPUY, L.-E. Des sténoses pyloriques. *Archives générales de médecine*, 1895, t. II, p. 641.

(2) HANOT et GOMBAULT, A. Étude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1882, 2^e série, t. IX, p. 412 et suivantes.

(3) ROBIN, A. Sur les sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, séance du 25 mai 1897, t. XXXVII, n° 21, p. 656.

(4) DOYEN. Le spasme du pylore, ses rapports avec l'hypersthénie gastrique. *La Médecine moderne*, 1897, 29 mai, n° 43, p. 337.

Quand le rétrécissement est d'origine cancéreuse, la nature de l'intervention est plus difficile à décider.

Si le cancer n'est pas trop étendu, que le pylore soit mobilisable, il semble préférable d'avoir recours à la pylorectomie, opération plus radicale. Quand le néoplasme a largement envahi l'estomac, que la laparotomie montre des noyaux secondaires dans le foie ou un semis cancéreux sur le péritoine, il ne saurait être question d'opération d'aucune sorte. D'une manière générale, les interventions pour tumeurs malignes ne sont justifiées que si elles sont hâtives. Quand le malade est arrivé à la période de généralisation et de cachexie ultime, le chirurgien doit savoir s'abstenir, pour ne point faire office de bourreau, suivant l'énergique expression de Roux. La gastro-entérostomie, dans les cancers du pylore, ne trouve donc son indication que dans les cas moyens, c'est-à-dire dans ceux où le pylore, en raison de ses adhérences, serait difficilement extirpable et où, d'autre part, la généralisation cancéreuse ne semble pas encore effectuée. Dans les faits de cette nature, la gastro-entérostomie permettant aux aliments d'éviter l'obstacle pylorique, supprimant par cela même les vomissements, donnera au malade la possibilité de l'alimentation et l'illusion d'une guérison durable.

Indications spéciales de la gastro-entérostomie de von Hacker. — Quand une gastro-entérostomie s'impose, la seule contre-indication à la méthode de von Hacker est son impossibilité. Dans certains cas, les adhérences de la paroi postérieure de l'estomac au

pancréas rendent impossible sa traction à travers la boutonnière du mésocôlon ; Salzer, Brenner dans des cas de carcinome, Chaput (1) dans un cas de linite plastique, Tuffier dans un cas de rétrécissement cicatriciel, n'ont pu attirer l'estomac suffisamment au dehors et ont dû se résoudre à une gastro-entérostomie antérieure, seule possible. Czerny également réserve la méthode de Wölfler aux cas où l'estomac n'est pas mobilisable. Une disposition qui sans être une contre-indication est parfois une gêne, c'est l'épaisseur insolite du mésocôlon transverse. Cette disposition a été rencontrée par M. Tuffier deux fois au cours de seize gastro-entérostomies postérieures qu'il a été amené à pratiquer.

(1) CHAPUT. De la gastro-entérostomose par le bouton anastomotique du D^r Chaput avec présentations des pièces. — Rétrécissement musculaire du pylore. Gastro-entérostomie avec le bouton anastomotique de Chaput. Mort d'épuisement. Sutures parfaites. *Bulletins de la Société anatomique*, 71^e année, 1896, pages 22 et 154.

PRÉPARATIFS

I. *Instruments et matériel.* — L'instrumentation nécessaire à la gastro-entérostomie postérieure n'a rien



FIG. 5.

de particulier, c'est celle de toute laparotomie. Un seul instrument, la petite pince à forcipressure à griffes re-

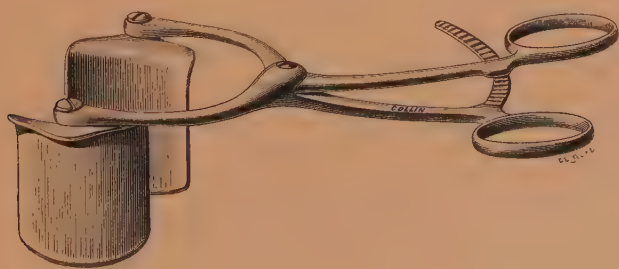


FIG. 6.

présentée dans la figure 5, mérite une mention spéciale; elle est parfaite pour maintenir accolées les surfaces intestinales, pendant que l'on pratique les sutures.

Pour mener à bonne fin une gastro-entérostomie postérieure, il sera bon de se munir des instruments suivants :

- 1 bistouri droit ;
- 2 paires de ciseaux droits, forts ;
- 1 paire de ciseaux courbes ;
- 30 pinces à forcipressure ;
 - 1 pince à dissection ;
 - 2 pinces à dissection à dents de souris ;
 - 1 sonde cannelée, ou un stylet ;
 - 2 pinces Clamp courbes (de Doyen) ;
 - 1 aiguille de Reverdin longue et droite ;
 - 1 aiguille de Reverdin courbe ;
 - 1 aiguille à pédale ;
 - 1 aiguille de Reverdin fine et droite ;
 - 1 pince porte aiguille de Doyen avec plusieurs aiguilles ;
 - 1 aiguille de Reverdin fine et courbe ;
- 6 pinces longues à anneaux pour les compresses ;
- 2 écarteurs de Farabœuf ;
- 2 écarteurs d'Ollier ;
- 4 ou 6 pinces à forcipressure à griffes de Chaput ;
- 1 écarteur articulé.

Les pinces Clamp courbes de Doyen, de même que les écarteurs, ne sont pas indispensables, mais il est bon de les avoir à sa disposition.

Parmi les différents modèles d'aiguilles que nous indiquons chaque chirurgien choisit suivant ses préférences.

On pourra également se munir d'un thermocautère qui sera quelquefois utile (1).



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.



FIG. 10.



FIG. 11.

Table d'opération. — La table d'opération sera la

(1) Le chirurgien devra en plus avoir à sa disposition le matériel ordinaire de toute opération.

SOLUTIONS. — Une dizaine de litres de sublimé à 1 pour 1,000 ; de l'alcool à 90°, de l'éther anesthésique ; pour les suites opératoires, plusieurs litres de solution saline

DESFOSSÉS.

simple table en bois blanc peinte, assez élevée pour que le champ opératoire se trouve au niveau du thorax du chirurgien. Deux tables moins élevées sont nécessaires pour supporter les plateaux.

Fils. — Le fil le meilleur pour la gastro-entérostomie de même que pour toutes les entéro-anastomoses est la soie fine; on se sert généralement de la soie

pour injections sous-cutanées ou intra-veineuses; cette solution répond à la formule suivante :

Na CL.	7 grammes.
Sulfate de soude.	5 —
Eau distillée.	1,000 —

Elle est stérilisée à l'autoclave et conservée dans des ballons de verre de 1,200 à 1,500 grammes de capacité.

On se munira également de la solution de caféine ainsi formulée :

Caféine.	2,50 grammes.
Benzoate de soude.	2,95 —
Eau distillée, q. s. pour	10 centim. cubes.

Chaque centimètre cube de cette solution représente 0^{gr},25 de caféine.

COMPRESSES. — Les compresses sont de deux sortes : les unes de grandes dimensions pour recouvrir le champ opératoire, les autres petites pour servir d'éponges et de tampons.

Toutes ces compresses sont stérilisées à l'autoclave, dans des boîtes métalliques nickelées à fermeture en baïonnette. Il faut placer, au milieu de la boîte de compresses, un tube témoin qui permettra de s'assurer que la chaleur a bien pénétré partout et par conséquent que la stérilisation est complète. La composition du tube témoin est la suivante :

Acide phtalique.	25
— picrique.	0,50
Hélianthine.	0,5

Ce mélange pulvérulent est enfermé dans de petits tubes de verre fermés à la lampe. Porté à 127° le mélange fond et prend une belle teinte rouge.

n° 0 (Froger) pour les sutures intestinales et les liga-

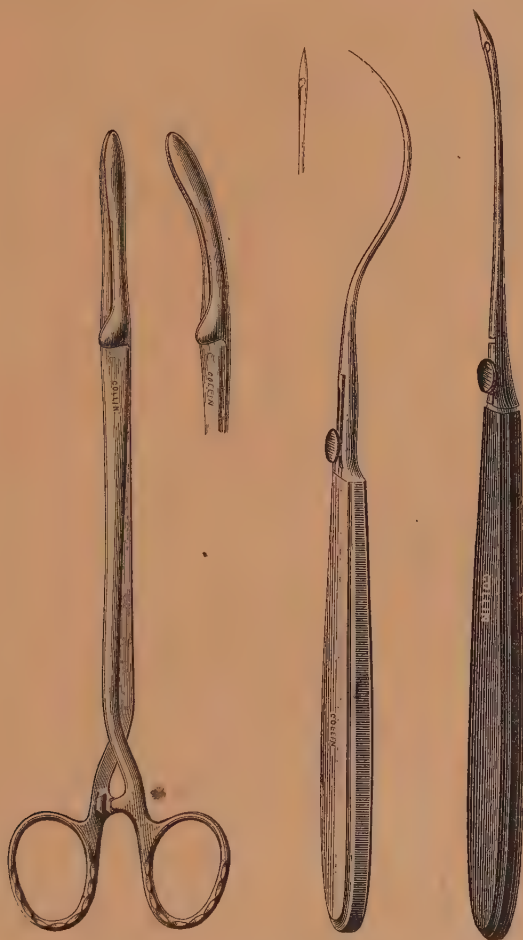


FIG. 12.

FIG. 13.

FIG. 14.

tures, de la soie n° 6 pour la suture de la paroi, de crins de Florence pour la suture de la peau.

Aides. — Les chances d'infection croissant en raison directe du nombre de mains en contact avec le champ opératoire, il est bon de s'habituer à n'avoir qu'un seul aide direct. Un aide expérimenté est ordinairement suffisant, même dans les cas difficiles. On aura en plus un assistant exercé pour donner l'éther. Il faudra aussi un ou deux aides quelconques pour porter le malade, approcher les plateaux, etc., etc. En somme, un minimum de quatre personnes, y compris l'opérateur, est nécessaire mais suffisant.

II. Disposition de la salle d'opération. — La table d'opération est placée en bonne lumière; de chaque côté d'elle, on dispose à portée des opérateurs une table de moindres dimensions.

La petite table du côté droit (côté du chirurgien) supportera : une cuvette de sublimé pour les mains et un plateau d'instruments contenant le bistouri, ciseaux, pinces à disséquer, aiguilles, quelques pinces à forcipressure. La petite table du côté gauche (côté de l'aide) supportera : une cuvette de sublimé pour les mains, une cuvette à compresses et tampons, un plateau d'instruments contenant les pinces à forcipressure, une paire de ciseaux, les écarteurs, les pinces à tampons, les fils, qu'il vaut quelquefois mieux tenir sur un petit plateau spécial, coupés d'avance aux dimensions convenables.

De cette disposition il résulte que le chirurgien et son assistant prennent directement les instruments dans les plateaux.

III. **Préparation du malade.** — La veille de l'opération, le malade est purgé et prend un bain savonneux; le soir de ce jour, on rase avec soin la poitrine et l'abdomen s'il y a lieu, et on administre un lavement simple. Le malade ne prend comme aliment que du lait ou du potage au lait.

La plupart des chirurgiens ont abandonné les lavages d'estomac avant l'opération, jugeant impossible le nettoyage complet de la cavité gastrique; ils ont renoncé également à l'usage de l'antisepsie intestinale par le benzo-naphtol d'un usage si courant il y a quelques années. On pratique plus volontiers les injections sous-cutanées de solutions salines à la dose de 500 à 1,000 grammes, à titre de tonique général.

Le matin de l'opération, les jambes du malade sont enveloppées d'ouate jusqu'à mi-cuisses.

Le malade est endormi à l'éther et placé sur la table d'opération, une serviette est enroulée autour de sa poitrine, une alèze recouvre les jambes et les cuisses jusqu'au pubis. L'abdomen entier est savonné et brossé vigoureusement jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde, puis lavé à l'alcool et au sublimé au millième. On soigne tout spécialement le nettoyage de l'ombilic.

Les régions désinfectées sont couvertes de compresses aseptiques qui ne laissent à découvert que la ligne d'incision. Le chirurgien se place à la droite du malade, l'aide se place à gauche.

OPÉRATION

I. *Incision de la paroi.* — L'incision de la paroi abdominale est faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, sur une longueur de 8 à 10 centimètres ; si cette longueur est insuffisante il ne faut pas craindre d'agrandir l'incision. On sectionne successivement la peau, le tissu cellulaire, le plan musculo-aponévrotique, en ayant soin de pratiquer au fur et à mesure une hémostase aussi parfaite que possible. On arrive sur le péritoine, on l'ouvre et on en repère les bords au moyen de pinces à forcipressure. Toute la plaie est couverte de compresses aseptiques ; les pinces péritonéales sont seules laissées au-dessus.

II. *Exploration de la région.* — Quand on ouvre l'abdomen d'un malade qui a présenté le tableau clinique de la sténose du pylore, il est de règle de constater des néo-membranes, des brides fibreuses qui partent de la vésicule biliaire, du bord antérieur du foie pour gagner la région pylorique. Sur la petite courbure ou dans la région du pylore, le doigt perçoit des plaques indurées plus ou moins étendues. L'exploration attentive

de la région est donc très importante ; elle précise ou rectifie le diagnostic, permet de poser les indications opératoires. On se rend compte de l'étendue des adhérences entre l'estomac et les viscères voisins, de la présence ou de l'absence de l'engorgement ganglionnaire ou des nodules cancéreux sur le foie ou le péritoine. On délimite avec soin l'induration stomacale, on cherche à déterminer si cette néo-formation est du tissu de cicatrice ou un tissu néoplasique.

Un point capital de cette exploration est l'appréciation du degré de rétrécissement pylorique. Doyen conseille dans ce but de déprimer avec le doigt la paroi stomacale et de tâcher de pénétrer dans le pylore. Le doigt entier, même coiffé des tuniques de l'estomac, peut pénétrer dans un pylore normal pendant l'anesthésie chloroformique (1).

L'exploration sera complétée par la recherche de la première portion du jéjunum, point sur lequel doit porter l'anastomose. Le temps n'est plus où l'on prenait la première anse venue. Les erreurs commises à ce point de vue par les premiers opérateurs ont instruit les chirurgiens. Se rappelant ses notions d'anatomie sur la terminaison du duodénum au-dessous de la racine du mésocôlon transverse, l'opérateur fera relever et tendre le côlon transverse et le grand épiploon et il ira saisir, à la base du mésocôlon, sur la

(1) Nous avons fait cette manœuvre sur des cadavres et nous avons pu pénétrer dans le pylore toutes les fois qu'il était normal. Deux fois nous fûmes arrêtés : il s'agissait de cancers du pylore.

partie latérale gauche de la colonne vertébrale, la première anse intestinale qui sera sûrement l'origine du jéjunum. Le doigt la sent facilement, l'œil peut contrôler la prise.

Cette exploration complète prendra quelques minutes seulement à un opérateur exercé.

III. *Perforation du mésocôlon transverse.* —

Le haut du jéjunum étant reconnu et saisi, pour l'amener au contact de la paroi postérieure de l'estomac, il faut perforer l'écran qui les sépare. Dans le mince feuillet du mésocôlon se dessinent des arcades vasculaires, c'est au milieu d'un des espaces compris entre ces arcades qu'avec la pointe d'un ciseau on fait un orifice que le doigt complètera. La création de cette fenêtre ne détermine généralement aucune perte de sang.

A travers cette déchirure, large comme la paume de la main, on va saisir la paroi postérieure de l'estomac et on l'attire au dehors pour la mettre en regard de l'intestin.

Les cas exceptionnels mis à part, il est facile habituellement d'amener à travers la seule fenêtre mésocolique la face postérieure de l'estomac et le haut du jéjunum en dehors de la cavité abdominale et d'opérer, pour ainsi dire, hors du ventre.

L'intestin et l'estomac sont appliqués l'un à l'autre sur une longueur d'une dizaine de centimètres au moyen des petites pinces spéciales. La ligne d'accolement doit, sur l'estomac, porter à un centimètre et demi ou deux centimètres de la grande courbure, plus ou moins loin

du pylore, suivant l'étendue du néoplasme. Sur l'intestin, elle doit porter sur le bord opposé à l'insertion mésentérique. Par le fait même que l'on relève le jéjunum pour l'amener au dehors, le bout efférent se trouve être à droite du bout afférent; en sorte que le cours du

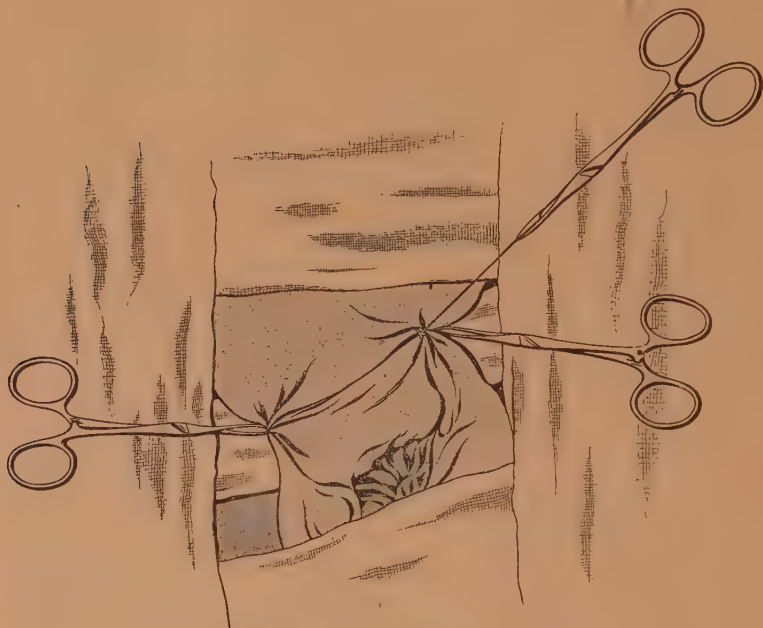


FIG. 15. — Disposition du champ opératoire.

L'intestin est accolé à l'estomac sur une longueur de dix centimètres au moyen des petites pinces érigées, le premier point de suture séro-séreux est fait.

Des compresses limitent le champ opératoire; sous la ligne d'accolement une petite compresse a été glissée.

liquide intestinal se ferait dans le sens contraire aux aiguilles d'une montre, c'est-à-dire dans le même sens que les mouvements péristaltiques; c'est ce que l'on

voulait obtenir. Il est inutile, nous le répétons, de réfléchir au sens à donner à l'anse intestinale, elle se met naturellement dans la bonne direction.

Quand on a ainsi fixé l'un à l'autre l'estomac et l'intestin, on rentre dans l'intérieur de l'abdomen le côlon transverse et l'épiploon, on entoure le champ opératoire de compresses aseptiques et on glisse sous la ligne d'accolement une petite compresse comme il est indiqué sur la figure... Ces précautions minutieuses ont pour but de s'opposer à l'écoulement de liquide intestinal dans la cavité péritonéale. En attirant l'estomac et l'intestin au dehors du ventre, on a l'avantage d'opérer ainsi à découvert, aseptiquement. Mais en outre cette manœuvre fait par cela même la coprostase. Il n'est pas indispensable de placer sur l'intestin des clamps ou des ligatures provisoires.

IV. Création de la bouche anastomotique. — *Sutures.* — Ce n'est qu'après avoir pris toutes ces précautions que l'on commence les sutures ; celles-ci consisteront en un plan séro-séreux postérieur, un plan muco-muqueux postérieur, un plan muco-muqueux antérieur et un plan séro-séreux antérieur. Les plans muco-muqueux antérieur et postérieur devront être reliés l'un à l'autre avec un très grand soin, de même pour les deux plans séro-séreux. En somme il n'y a que deux véritables plans : un plan muco-muqueux situé à l'intérieur, et entouré par le plan séro-séreux.

Chaque chirurgien apporte des variations individuelles dans la manière de coudre ; tantôt on fait des points séparés, tantôt des surjets ; Doyen préconise un

surjet spécial que l'on arrête tous les trois ou quatre points en passant l'aiguille dans le point précédent et il le dénomme « suture en surjet à points renforcés ». S'il me fallait opter pour un mode de suture je choisirais le surjet de Doyen ; je décrirai cependant, pour le plan séro-séreux, la suture à points séparés,

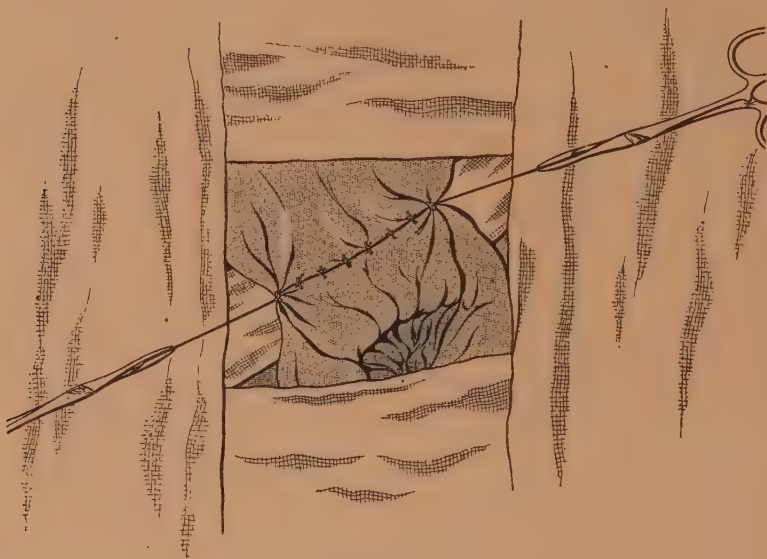


FIG. 16.

La première ligne de points séro-séreux est faite. Une pince à forcipressure tient à chaque extrémité le fil qui doit être attaché aux points antérieurs.

c'est celle que j'ai vu le plus souvent pratiquée et elle a donné à Tuffier d'excellents résultats.

Je ne sais pas du reste s'il faut attacher grande importance à ces variantes, mais ce qui est capital c'est, quand on fait les points séro-séreux, de respecter scrupuleusement la muqueuse et, quand on fait les points muco-

muqueux, de respecter scrupuleusement la séreuse. On fera donc, pour les points séro-séreux, des points dits de Lambert, c'est-à-dire que l'aiguille pénètre la séreuse, la musculieuse, rampe, sur une distance de quelques millimètres, dans l'épaisseur de la celluleuse et va ressortir, au niveau de la séreuse, à 5 millimètres au moins de son point d'entrée. En prenant ainsi toute l'épaisseur de la paroi, la muqueuse exceptée, on obtient des points solides ne déchirant pas les tissus, et une large surface d'accolement, condition importante.

1° Suture séro-séreuse postérieure. — Entre les deux pinces d'affrontement, on pratique donc, en s'inspirant de ces données, une série de points séparés, ou un surjet de Doyen, sur une longueur de 10 centimètres (voir fig. 16). Au niveau du premier point et au niveau du dernier, on laisse une longueur de fil d'une dizaine de centimètres, ce fil est maintenu par une pince à forcipressure.

2° Suture séro-séreuse antérieure. Points d'attente. — On pourrait, à ce moment, faire l'incision des tuniques intestinales et pratiquer les sutures muqueuses, c'est ce que font la plupart des chirurgiens. Terrier et après lui Tuffier ont préféré placer d'avance les points séro-séreux antérieurs. Les points sont placés suivant un arc de cercle dont les extrémités rejoignent les deux bouts de la première ligne de suture, corde d'un arc dont la flèche aura deux centimètres environ. Ces points ne sont pas serrés; les deux extrémités de chaque fil sont maintenues par une pince à forcipressure, le mi-

lieu en est replié en anse et, comme il est indiqué sur la figure...., les fils séparés les uns des autres par des petites compresses sont rejetés de chaque côté de ma-

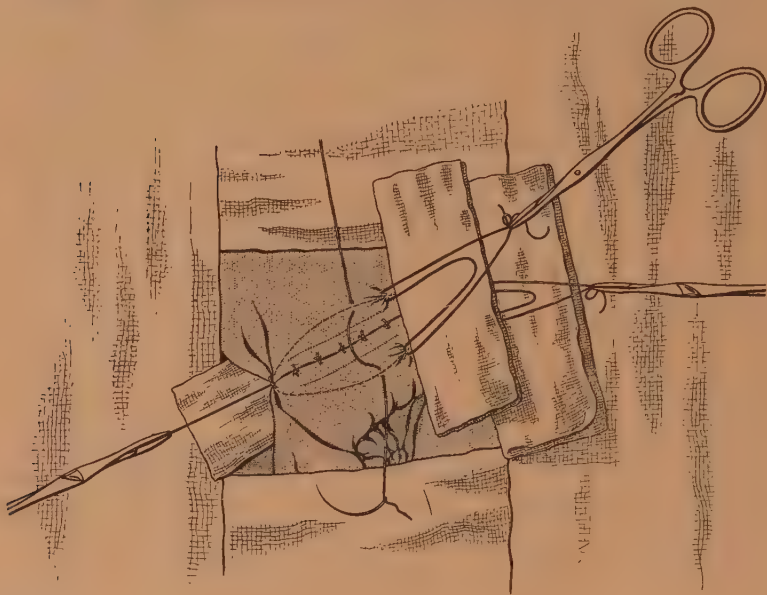


FIG. 17.

Les points d'attente séro-séreux antérieurs sont déjà placés sur le côté droit de la figure, chaque fil a ses deux extrémités maintenues dans les mors d'une pince à forcipressure, le milieu est plié en anse. Chaque fil est séparé du précédent par une petite compresse.

A ce moment, où l'on va bientôt ouvrir la muqueuse, une nouvelle petite compresse a été placée sous la ligne d'accollement, elle sera enlevée quand la suture muco-muqueuse sera terminée.

nière à laisser libre le point où doit porter l'incision. Les compresses qui séparent ces fils ont pour but d'éviter qu'ils ne s'embrouillent et de permettre de les retrouver facilement au moment voulu.

3° *Ouverture de l'intestin.* — Dans l'aire comprise entre



FIG. 18.

Même figure que précédemment. En *ss, ss* on voit la ligne courbe suivant laquelle sont faits les points de suture d'attente *F*; en *uu* se trouve la ligne d'union; *ii, ii'* représente la ligne suivant laquelle on pratiquera dans un instant les points de suture d'attente *E* désigne l'estomac, *I* le jéjunum.

l'arc et la corde formées par les deux lignes de suture, on incise les tuniques intestinale et stomacale sur une longueur de cinq centimètres; la ligne d'incision devra être, autant que possible, également distante des deux lignes de sutures séro-séreuses. Quand on a traversé la couche musculaire, épaisse sur l'estomac, mince sur l'intestin, on ouvre la muqueuse. A ce moment on a placé de nouvelles compresses aseptiques sur tout le champ opératoire et on a soin d'éponger scrupuleusement les gouttes de suc gastrique ou intestinal qui s'écoulent au moment de l'ouverture des cavités intestinales. La section des tuniques stomacale ou jéjunale s'accompagne parfois d'une légère hémorragie; si un vaisseau saigne, on le pince et on le lie; cette hémorragie est d'ordinaire facilement arrêtée.

4° *Suture muco-muqueuse.* — L'ouverture de l'intestin et de l'estomac étant faite, les pinces à griffes viennent accoler les deux muqueuses l'une à l'autre comme elles avaient accolé les deux séreuses; sur ces muqueuses stomacale et intestinale, l'aiguille fait rapidement un surjet, à points, renforcés pour éviter le froncement en bourse, assez fortement serrés pour faire l'hémostase (voir fig. 17 et 18).

Aux extrémités du surjet muco-muqueux postérieur, on a laissé une certaine longueur de fil qui permettra de lui relier le surjet muco-muqueux antérieur que l'on pratique à ce moment. Les nœuds des fils postérieurs se trouvent placés à l'intérieur de la muqueuse, les nœuds des fils antérieurs à la face externe de cette muqueuse.

Après avoir enlevé les compresses les plus superficielles qui auraient pu être souillées par le suc intestinal, on n'a plus alors qu'à serrer la rangée de fils séro-séreux d'attente, ce qui se fait très rapidement, les fils

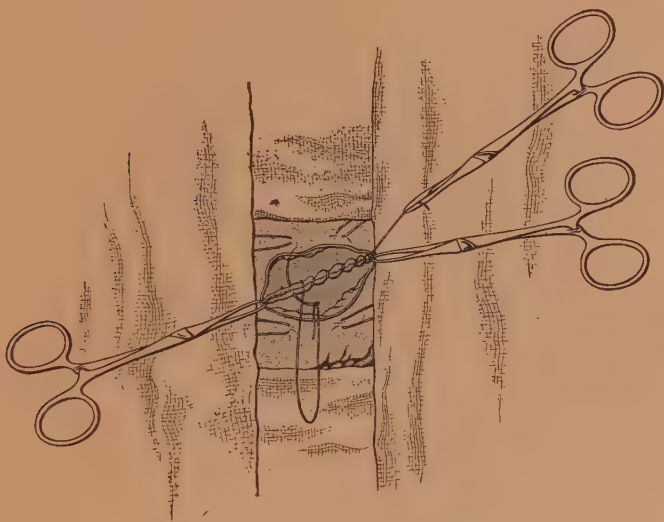


FIG. 19. — Surjet muco-muqueux.

Les muqueuses stomacales et intestinales ont été ouvertes. L'aiguille fait le surjet muco-muqueux postérieur, à droite de la figure le bout initial du surjet est maintenu entre les mors d'une pince à forcipressure, pour être rattaché au bout terminal du surjet antérieur. De nouvelles compresses ont été surajoutées de manière à limiter strictement le champ opératoire. Elles seront jetées dès que la cavité intestinale sera fermée.

étant séparés les uns des autres, comme nous l'avons dit. Le placement des fils d'attente a pour but de réduire au minimum le temps pendant lequel la muqueuse peut être au contact du péritoine. S'il y a lieu ces fils seront renforcés par quelques points supplémentaires. Il est absolument nécessaire que la muqueuse

n'apparaisse en aucune façon entré les points séro-séreux.

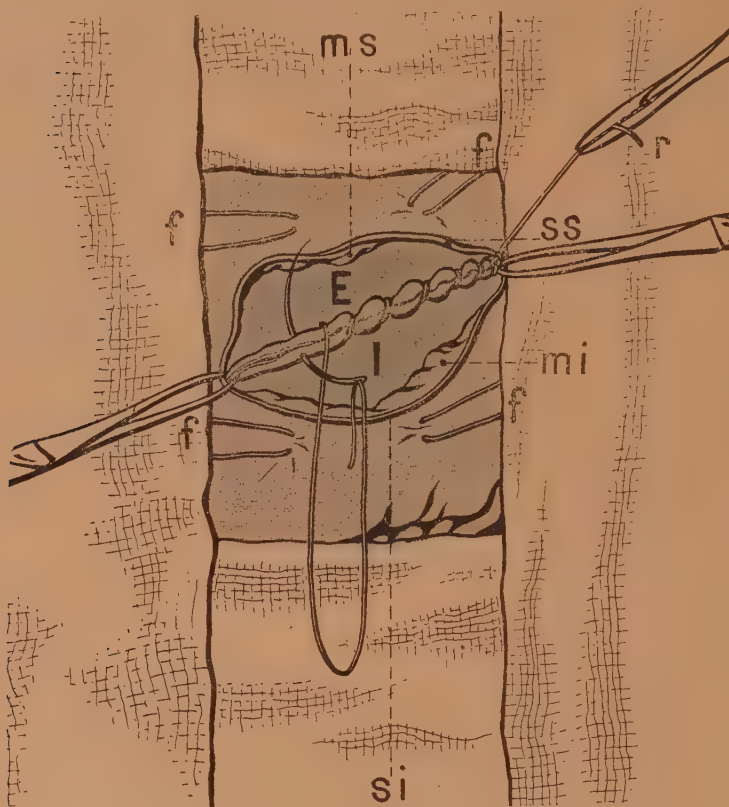


FIG. 20. — Surjet muco-muqueux.

Même figure que précédemment. On voit en E la cavité stomacale ouverte, en I la cavité intestinale ouverte; en *mi*, *ms* on aperçoit la muqueuse intestinale et stomacale exubérante; *ss* représente la coupe de la séro-musculaire stomacale; *si* représente la coupe de la séro-musculaire intestinale; *f, f*, désignent les fils d'attente.

Le fil initial du surjet muco-muqueux est maintenu par une pince à forcipressure.

On n'oubliera pas à ce moment de placer quelques points séparés unissant à la paroi stomacale les bords



FIG. 21. — Opération terminée.

Le jéjunum I est anastomosé à la face postérieure de l'estomac E. En s, s' on voit la ligne des points séro-séreux antérieurs. En B on voit figuré en pointillé l'orifice anastomotique. Les bords MM de la brèche créé dans le mésocolon transverse ont été suturés par quatre points à la face postérieure de l'estomac. En D on voit la terminaison du duodénum.



FIG. 22. — Vue d'ensemble

Dessinée d'après les pièces d'une autopsie.

On voit l'estomac à travers la fenêtre pratiquée à la base du mésocolon transverse dans une arcade vasculaire. Le jéjunum est dirigé en bas et à droite du sujet. Le grand épiploon n'est pas figuré, on le suppose rabattu derrière le côlon transverse.

de la fenêtre méso-colique de manière à la fermer complètement, précaution très importante pour éviter les dangers d'étranglement interne. Il est préférable de mettre ces points de suture entre l'estomac et le méso-côlon dès le début de l'opération avant de pratiquer l'anastomose.

V. *Suture de la paroi abdominale.* — La suture terminée, l'anastomose faite, on essuie les viscères et on les réduit dans l'abdomen, on n'a plus qu'à suturer la paroi abdominale. Cette suture doit être faite à trois étages : étage péritonéal, étage musculaire, étage tégumentaire. Les deux premiers étages de suture sont faits à la soie ou au catgut, le dernier au crin de Florence. Si l'on se sert de soie, il est préférable de faire des points séparés pour n'avoir pas, si un fil s'élimine, un écartement de toute la ligne de suture.

L'opération est terminée, on recouvre la plaie de compresses stérilisées et d'une seule couche d'ouate hydrophile maintenues par un bandage de flanelle.

VI. *Durée de l'opération.* — Une heure ou une heure et demie, tel est le temps assigné par la plupart des chirurgiens à la gastro-entérostomie postérieure, le temps n'est pas plus long que celui qui est nécessaire pour une gastro-entérostomie antérieure. On peut le réduire dans de grandes limites. Par l'emploi du bouton de Murphy, Czerny est arrivé à ne pas dépasser dans certains cas le délai d'un quart d'heure.

SOINS CONSÉCUTIFS

Jour de l'opération. — Le malade, immédiatement après l'opération, est reporté dans un lit maintenu chauffé par des boules d'eau chaude. Si l'opération a été pratiquée le matin, il sera maintenu à la diète pendant toute la journée; ce n'est qu'à partir de 7 heures ou de 8 heures du soir qu'on pourra lui donner quelques cuillerées de liquide (champagne ou rhum) et quelques fragments de glace à sucer. Si le poulx est faible on pratiquera deux ou trois injections de caféine et des injections de 1,000 ou 1,500 grammes de solution saline. Pour la nuit, une injection de morphine sera prescrite.

Deuxième jour. — On pourra, le lendemain de l'opération, donner au malade à boire du champagne, du cognac, de l'eau de Vichy et s'il le désire du lait. Si le malade vomit en abondance, il ne faut pas hésiter à lui laver l'estomac. Le soir de ce jour, le malade recevra un lavement nutritif précédé d'un lavement évacuateur.

Le lavement nutritif devra être peu abondant pour

qu'il puisse être gardé, il répondra par exemple à la formule suivante :

Lait	}	aa 50 grammes.
Bouillon.		
Rhum.		30 —
Jaune d'œuf.		n° 1.
Peptone.		5 grammes.

Troisième jour. — Le malade prend du lait autant qu'il en désire, par petite quantité à la fois. Des lavements nutritifs lui sont administrés.

Le quatrième jour, le malade commence à s'alimenter avec des œufs et du potage. Il est purgé le matin de ce jour.

Le cinquième jour, on essaie de la viande et si le malade la digère, on augmente progressivement son alimentation. Il ne faut pas prolonger outre mesure la diète relative ou absolue comme tendent à le faire nombre de chirurgiens peu confiants dans la solidité de leurs sutures.

On trouve un exemple remarquable du peu de dangers que peut présenter une alimentation abondante prématurée dans une observation de Salzer. Une malade, le 4^e jour après une opération de gastro-entérostomie postérieure, se sentait tellement d'appétit qu'elle profita de la négligence de sa garde pour dévorer la moitié d'un poulet rôti. Sa voracité ne lui causa du reste aucun inconvénient.

On enlève les fils du 10^e jour au 15^e jour.

Le 21^e jour le malade se lève.

COMPLICATIONS

Parmi les accidents qui peuvent survenir au cours ou dans les suites de la gastro-entérostomie postérieure, les uns sont spéciaux à la méthode de von Hacker, les autres, plus nombreux, sont des accidents communs à toute intervention sur les voies digestives supérieures.

Ces derniers sont par ordre d'importance et de fréquence: les accidents pulmonaires, les infections, les hémorragies, les éventrations, les parotidites.

1. — *Complications des gastro-entérostomies en général.*

1^o *Accidents pulmonaires.* — On est frappé à la lecture des observations de gastro-entérostomies de voir combien de fois, quand survient la mort, on trouve à l'autopsie de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie. Ces faits de congestion pulmonaire avec œdème, de broncho-pneumonie, survenant chez des malades arrivés à la dernière période de cachexie, auxquels on pratique des opérations sur l'estomac, sont imputés

par certains auteurs allemands à la pénétration de parcelles alimentaires dans les bronches, lors des vomissements. Roux (de Lausanne) pense que dans la production de ces accidents le plus grand rôle revient à l'influence de l'éther (1).

2° *Les infections.* — Les accidents infectieux, septicémie péritonéale suraiguë ou péritonite, ne sont pas plus fréquents dans la gastro-entérostomie postérieure que dans les autres méthodes de gastro-entérostomie. Leur cause principale est l'irruption du suc gastrique et du suc intestinal dans le péritoine; or, cet écoulement des liquides est facile à éviter. Il faut bien être persuadé que, dans la méthode de von Hacker, il n'est pas nécessaire d'opérer dans la profondeur, il est facile d'attirer l'estomac et l'intestin pour ainsi dire com-

(1) « On ne peut, dit Roux, faire *a priori* abstraction de l'influence de l'éther dans certaines congestions post-opératoires, surtout en hiver, lorsque les malades quittent une salle d'opération très chaude, où ils ont reçu trop libéralement l'éther à la chopine par des aides inexpérimentés, pour passer dans des corridors refroidis et rentrer dans des salles à température normale.

Ici comme toujours, le plus gros danger de l'éther, c'est son innocuité comme toxique général, et les aides trop jeunes négligent de penser à son action physico-chimique sur la muqueuse bronchique, lorsqu'ils le distribuent par trop libéralement, sur une vaste surface d'opération. Nous avons l'impression que la narcose massive, trop rapide ou par surprise, affecte beaucoup plus l'arbre bronchique que celle où l'on procède avec la même inquiétude qu'avec le chloroforme. »

In Roux (de Lausanne). De la gastro-entérostomie. Étude basée sur les opérations pratiquées du 21 juin 1888 au 1^{er} septembre 1896. — In *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier-février 1897, n° 1, p. 81.

plètement en dehors de la cavité abdominale; si l'on a soin de garnir le champ opératoire de compresses, de mettre au-dessous de la ligne d'anastomose une petite compresse languette, d'éponger rigoureusement le liquide qui peut s'échapper, on peut se soustraire aux chances d'infection et au danger de péritonite.

Dans plusieurs opérations on trouve notées des supurations de la paroi et de la phlegmatia alba dolens. La cause en est, peut-être, à ce que l'on se sert, pour la suture de la paroi, d'instruments qui ont été en contact avec la muqueuse intestinale.

3° *Les parotidites*. — En compulsant les observations parues de gastro-entérostomie soit antérieure soit postérieure, nous avons trouvé mentionnés quelques cas de gonflement douloureux des parotides, de véritables parotidites, survenues à la suite de l'opération.

L'histoire de cette complication des opérations sur l'intestin n'a pas encore été faite, en France du moins, et, quelle que soit leur pathogénie, il est certain que ces parotidites sont indépendantes du point d'abouchement à l'estomac.

Dans l'observation 90, p. 89, nous avons relaté un cas très remarquable de parotidite unilatérale survenue six jours après l'opération. Avant l'apparition du gonflement parotidien, du sang avait été prélevé, le 23 mars, dans une veine préparée pour l'injection saline intra-veineuse. Il fut examiné par notre collègue et ami Rist qui y décela la présence de staphylocoques dorés. La parotidite n'apparut que dans la nuit du 23 au 24 mars, du côté gauche.

La parotide gauche fut enlevée lors de l'autopsie et examinée par le D^r Macaigne qui a bien voulu nous remettre la note ci-jointe :

« Les culs-de-sacs glandulaires sont isolés par une infiltration inflammatoire qui par place est très intense et se condense sous forme de véritables abcès. L'examen bactériologique de ces coupes y montre une richesse extrême de microcoques groupés en amas et qui sont vraisemblablement du staphylocoque. Pas de bacilles de Koch. »

4° *Les hémorragies.* — Quand on opère un estomac au pylore sténosé et surtout un estomac cancéreux, il est fréquent de constater une augmentation de la vascularisation normale de l'organe et, quand on incise l'estomac et l'intestin, on peut avoir à combattre des hémorragies. Dans deux des opérations de gastro-entérostomie auxquelles nous avons assisté, nous avons vu une légère hémorragie se produire au moment du passage des fils séro-séreux et le sang courir sous la séreuse péritonéale en formant un petit hématome.

Rydygier, Weir, Tuffier, etc., etc., ont perdu des malades d'hémorragie post-opératoire ; les accidents hémorragiques peuvent survenir, quel que soit le point où porte l'incision de l'estomac et, pour les éviter, on a proposé d'inciser l'estomac non point parallèlement mais perpendiculairement à l'axe de l'organe ; certains chirurgiens incisent au thermo-cautère toute l'épaisseur des parois ou la muqueuse seule. Ces craintes sont exagérées : si un vaisseau saigne il faut le pincer, puis pratiquer la ligature à la soie fine. Il est inutile d'employer le thermocautère.

La gastro-entérostomie postérieure qui permet de

placer l'incision de l'estomac aussi loin que l'on veut de la grande courbure et des gros vaisseaux rendraient ces hémorragies plutôt moins fréquentes. Pour ce qui est du danger d'hémorragie lors de la création de la fenêtre trans-méso-colique, dans aucune des observations nous n'avons trouvé signalés d'accidents de ce genre.

5° *Les éventrations.* — Il n'est pas rare, pendant la convalescence de la gastro-entérostomie, de voir se produire un écartement des lèvres de la plaie, sur une plus ou moins grande étendue, avec issue d'un ou deux viscères; cet accident se produit d'ordinaire le jour même ou le lendemain de l'ablation des fils, à l'occasion d'un effort de toux ou de vomissement. La suppuration d'un fil en est une cause fréquente. Dans un cas que j'ai observé et traité, à travers les lèvres de la plaie faisait saillie un champignon volumineux, constitué par le bord inférieur du foie, une petite partie de la face antérieure de l'estomac, une portion d'épiploon le tout recouvert de bourgeons charnus.

Comme à la suite des gastro-entérostomies on ne change d'ordinaire le pansement que pour enlever les fils, la hernie peut rester inaperçue pendant quelques jours, ce qui laisse le temps de former des adhérences assez intimes.

La présence de cette hernie est une cause de vomissements; il faut, dès qu'on la constate, libérer les adhérences et refermer la paroi en refoulant les viscères.

6° *Étranglement interne.* — Dans les autopsies qu'il m'a été donné de pratiquer sur des individus morts à la

suite de gastro-entérostomie postérieure pratiquée suivant la méthode de Courvoisier et chez lesquels le chirurgien n'avait pas suturé les bords de la fenêtre mésocolique et de la boutonnière gastro-colique, nous avons trouvé une fois les intestins engagés dans ces orifices, sans qu'il y eût du reste d'étranglement; l'intestin grêle tout entier était passé à travers l'ouverture faite au mésocôlon transverse et à l'épiploon gastro-hépatique et se trouvait situé en avant du côlon transverse qu'il refoulait contre la colonne vertébrale.

Dans une observation de Terrier⁽¹⁾ où l'on avait employé le bouton de Murphy, il s'était fait un étranglement à travers la boutonnière mésocolique.

« La dernière anse de l'iléon est vide... elle est fortement tendue, tiraillée et décrit, au devant du psoas droit une courbe à concavité supérieure. En suivant cette anse, on la voit disparaître à travers l'orifice fait dans le mésocôlon transverse. Au-dessus de ce méso, l'anse se dilate immédiatement. C'est donc là le siège de l'étranglement. Cet orifice est cependant assez large; il admet l'extrémité des deux doigts. . . . Les anses dilatées comprennent la presque totalité de l'intestin grêle qui a passé dans l'arrière-cavité des épiploons et qui s'est étranglé dans l'orifice fait au mésocôlon transverse. »

Cette complication est extrêmement facile à éviter, il suffit pour cela de suturer les lèvres de la boutonnière à la paroi postérieure de l'estomac; c'est d'ailleurs ce que pratiquait et ce que recommande von Hacker.

(1) In DUVIVIER. Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. *Thèse*, Paris, 1895.

7° *Circulus viciosus*. — Dans un cas de gastro-entérostomie postérieure pratiquée par la méthode de Courvoisier, M. Chaput a vu survenir des vomissements incoercibles qui entraînèrent la mort du malade 3 jours après l'opération. A l'autopsie on constate que les deux bouts d'intestin au niveau de l'anastomose son accolés en canon de fusil sur une hauteur de 3 à 5 centimètres. En examinant les choses par l'intérieur de l'estomac, on constate l'existence d'un éperon sur l'intestin séparant les orifices des bouts supérieurs et inférieurs. La production de l'éperon a eu deux résultats, le premier que l'estomac se vidait exclusivement dans le bout supérieur et le second que la bile s'évacuait complètement dans l'estomac.

Il s'agissait du reste d'un cas extrêmement complexe ; la paroi stomacale postérieure était immobilisée par une plaque inflammatoire très épaisse et il existait un large orifice conduisant dans une vaste cavité creusée dans l'épaisseur du pancréas (1).

Ce cas de « *circulus viciosus* » est le seul que nous ayons rencontré.

(1) CHAPUT. Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude. Retour des accidents. Dilatation stomacale. Troubles digestifs graves. Gastro-entérostomie. Mort. Un éperon s'est formé sur l'intestin et a empêché le passage des aliments. Dilatation considérable du duodénum. *Bulletin de la Société anatomique*, 1894, décembre, p. 914.

II. *Complications propres à la gastro-entérostomie postérieure de von Hacker.*

Dans les observations de gastro-entérostomie trans-méso-colique que nous avons lues, nous avons trouvé signalés parfois des vomissements bilieux; ces vomissements ne s'étaient répétés du reste qu'un très petit nombre de fois et avaient cessé presque complètement sans causer d'accident fâcheux.

Nous n'avons trouvé mentionné ni la gangrène du côlon, ni l'étranglement du jéjunum au travers de la boutonnière méso-colique, ni l'imperméabilité de l'orifice gastro-jéjunal que certains auteurs semblent redouter.

RÉSULTATS

I. — *Examen anatomique de la bouche de néoformation.*

La bouche de néoformation créée par la méthode de von Hacker est située au niveau de l'antrum du pylore, dans le point le plus déclive de l'estomac. Si l'on ouvre l'estomac par une incision pratiquée suivant la petite courbure, l'orifice apparaît comme une fente, une boutonnière, à bords plus ou moins froncés. Pour bien mettre en évidence les dimensions de cet orifice, il faut verser de l'eau dans l'estomac ; les lèvres de la boutonnière s'écartent et on la voit se dessiner sous la forme d'une ellipse à grand axe parallèle à la grande courbure (voir fig. 23).

Vue sur une coupe, la bouche de néoformation présente une ligne suivant laquelle la muqueuse de l'estomac se continue sans ligne de démarcation avec les villosités intestinales (voir fig. 24).

Les dimensions en sont variables suivant les chirurgiens ; l'orifice admet facilement l'index, le bout de l'index, le petit doigt, telles sont les appréciations habituellement données. Rappelons que le pylore normal admet l'index.



FIG. 23. — La bouche anastomotique vue par la face interne de l'estomac.

(Dessinée d'après les pièces d'une autopsie.)

Le diagnostic porté dans le service de M. Robin avait été ulcère de l'estomac. On intervint pour hématoméses et vomissements incoercibles. A l'ouverture de l'abdomen on trouva la rate volumineuse adhérente à l'estomac avec des ganglions indurés. Le malade succomba deux jours après l'opération sans présenter de nouvelles hématoméses. L'autopsie montra qu'il s'agissait non pas d'un ulcère adhérent à la rate mais bien d'un épithélioma de l'estomac propagé à la rate. L'observation de ce malade a été publiée par MM. Besançon et Bertherand (*Bulletin de la Société anatomique*, 1897, décembre, p. 893).

La coupe de la tumeur et de l'estomac a été pratiquée à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'organe. On voit, faisant saillie sur la muqueuse stomacale, une petite tumeur dont la surface présentait deux ulcérations d'une dimension d'une lentille, cause probable des hématoméses des jours précédents. La section de la rate montre le parenchyme splénique refoulé à la périphérie ; tout le reste de l'organe est de couleur blanchâtre, cet aspect rappelle les cancers en amande du foie. La tumeur stomacale et la tumeur splénique se continuent sans ligne de démarcation. Au-dessous de la rate on voit des ganglions hypertrophiés.

L'examen histologique montra que la tumeur stomacale était une tumeur épithéliale ; la zone néoplasique située dans la rate était constituée également par des noyaux épithéliaux en tous points comparables à ceux de l'estomac.

Sur la paroi postérieure de l'estomac on voit la bouche de néoformation bien placée ; elle admettait facilement l'index. Le pylore est normal.

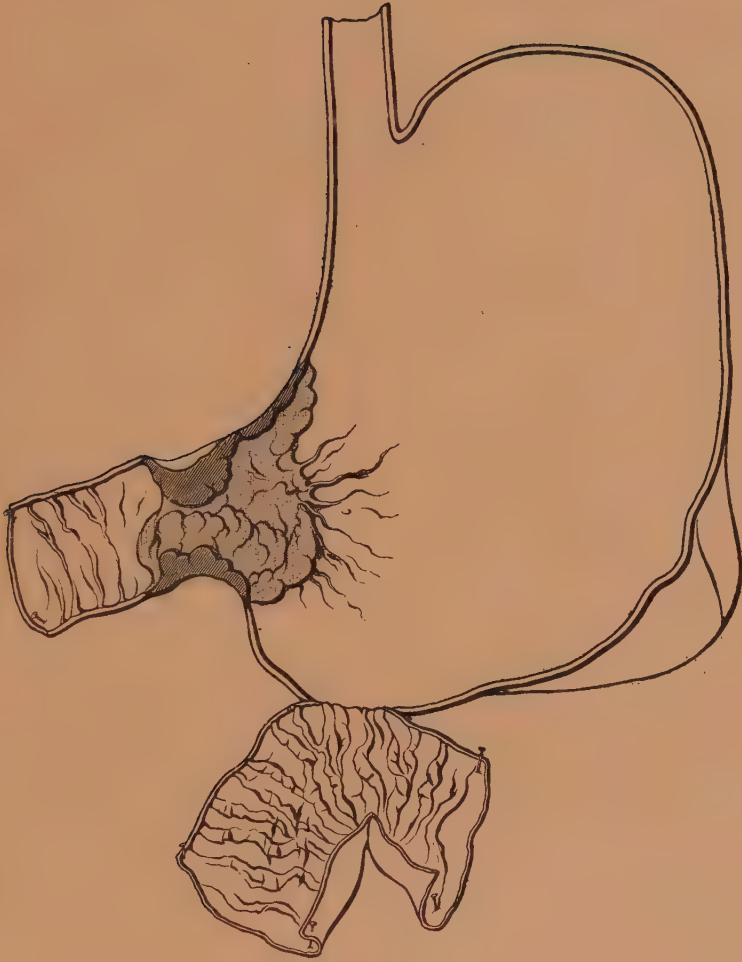


FIG. 24.

Dessin d'après les pièces d'autopsie d'une gastro-entérostomie postérieure pour néoplasme du pylore.

Le pylore est envahi par une masse néoplasique qui l'oblitére presque complètement, au niveau du point déclive de l'estomac on voit la ligne suivant laquelle l'estomac s'ouvre dans l'intestin.

La coupe verticale a partagé l'estomac en deux valves égales, il ne reste que la valve postérieure. On a laissé une plus grande portion de jéjunum pour montrer la disposition de l'angle de coudure.

II. — *Résultats fonctionnels de la gastro-entérostomie postérieure.*

Examen anatomique. — Il n'entre pas dans le cadre d'un travail consacré au manuel opératoire de parler de résultats éloignés de l'opération; cependant, nous tenons à insister sur ce point que la gastro-entérostomie postérieure ne supprime pas complètement les fonctions de l'estomac. Après la création de cette bouche artificielle, l'estomac conserve toujours les aliments pendant un certain temps et l'on peut retirer des liquides une heure et une heure et demie après les repas d'épreuve bien que le nouveau pylore soit situé dans la partie la plus déclive de l'estomac.

Le mécanisme de la fermeture de cette bouche néo-formée n'est pas connu; il est certain, cependant, qu'elle se ferme, puisque l'on peut distendre l'estomac par l'insufflation gazeuse. Il semble que le nouveau pylore fonctionne comme le pylore normal et il y aurait là un fait comparable aux faits d'anus contre nature souvent continents. Ce fonctionnement se rétablit à la longue, puisque, les premiers temps après l'opération, on trouve encore le matin à jeun des liquides résiduels et que ces liquides diminuent peu à peu d'abondance.

CONCLUSIONS

La gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique de von Hacker est un excellent procédé de gastro-entérostomie.

Elle présente sur la méthode de Völfler les avantages précieux de placer la bouche de néoformation dans le point le plus déclive de l'estomac et d'éviter la compression du côlon transverse par le jéjunum. Elle n'est pas d'une exécution plus difficile que la méthode antérieure.

Parmi toutes les méthodes de gastro-entérostomies postérieures, c'est celle qui correspond le mieux aux conditions anatomiques.

Dans les quatre-vingt-dix observations citées on ne trouve pas signalés d'accidents mortels directement imputables à ce procédé.

Vu :

Le doyen,

P. BROUARDEL.

Vu :

Le président de thèse,

TILLAUX.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

O. GRÉARD.

OBSERVATIONS

ALBERT (de Vienne)

OBS. 1. — Sténose cicatricielle du pylore, suite d'ulcère. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison. (Résultat très remarquable.)

J. S..., 53 ans, opération le 8 mai 1892.

In ALBERT E. Ein bemerkenswerther Fall von gastro-enterostomie. (Un cas remarquable de gastro-entérostomie.) *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1893, janvier, n° 1, p. 1-4.

CZERNY

OBS. 2. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Catharina K..., 28 ans, journalière, opération le 2 décembre 1885.

In CZERNY V. und RINDFLEISCH W. Ueber die an der Heidelberger chirurgischen Klinik ausgeführten operationem am Magen und Darm. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1892, t. IX, p. 688.

OBS. 3. — Squirre du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Georges M..., 35 ans, sacristain, opération 26 août 1886.

Mort au bout de cinq mois. L'autopsie montre une bouche de 8 millimètres de diamètre, fonctionnant parfaitement.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 689.

OBS. 4. — Ulcère simple du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Suzanne F..., 42 ans, opération 13 août 1888.

La mort était consécutive à une pneumonie par déglutition: L'autopsie montre la bouche fonctionnant bien.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 691.

OBS. 5. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Christine Sch..., 47 ans, opération 13 février 1889.

Pneumonie. L'autopsie vérifie le bon fonctionnement de la bouche qui admet l'index.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 693.

OBS. 6. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Magdalene S., 35 ans, opération le 9 mai 1889.

L'autopsie montre un bon fonctionnement de la bouche qui admet le pouce. Foyer tuberculeux en voie de caséification aux deux sommets.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 694.

OBS. 7. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Heinrich B..., 51 ans, opération le 16 mai 1889.

L'autopsie vérifia ultérieurement le bon fonctionnement de la bouche qui admettait facilement l'index.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 695.

OBS. 8. — Squirre du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Friedrich F..., 42 ans, opération le 2 octobre 1889.

Autopsie. Mort de pneumonie. La bouche admettait le pouce.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 696.

OBS. 9. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

August..., 38 ans, opération le 16 décembre 1889.

Autopsie. La mort est survenue par pneumonie. La bouche laisse passer l'index.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 697.

OBS. 10. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Ludwig H..., 42 ans, opération le 23 juin 1890.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 698.

OBS. 11. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Margareth L..., 51 ans, opération le 1^{er} octobre 1890.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 699.

OBS. 12. — Adhérénces du pylore au foie. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Karl. St..., 49 ans, opération le 17 novembre 1890.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 700.

OBS. 13. — Squirre du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Robert T..., 47 ans, opération le 2 février 1891.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 701.

OBS. 14. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Bertha M..., 34 ans, opération le 8 septembre 1891.

Vomissements persistants. Mort le 20 octobre 1891. Pas d'autopsie.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 702.

OBS. 15. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Wilhelm, 49 ans, opération le 24 septembre 1891.

In CZERNY und RINDFLEISCH, loc. cit., p. 703.

OBS. 16. — Rétrécissement squirreux du pylore. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Mort.

Mathilde L..., f., 63 ans, opération le 24 mars 1893.

Autopsie montre une pneumonie hypostatique gauche, œdème pulmonaire et néphrite.

In MUNDLER, Die neuerdings an der Heidelberger chirurgischen klinih ausgeführten Operationen am Mayen. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 312 et 399.

OBS. 17. — Infiltration diffuse de la région pylorique. — Epaissement de la paroi stomacale. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Georges S..., 46 ans, opération le 12 juin 1893.

Accidents opératoires. Eventration post-opératoire.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 313 et p. 399.

OBS. 18. — Carcinome annulaire du pylore ayant envahi le duodénum. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Alexandre L..., 32 ans, opération le 13 juin 1893.

Accidents opératoires. Pneumonie.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 399.

OBS. 19. — Squirre du pylore avec prolongement vers le pancréas. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Julienne T..., 36 ans, opération le 26 juin 1893.

Accidents opératoires pleuro-pneumonie et phlegmatia.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 316 et p. 400.

OBS. 20. — **Pylore et duodénum fixé par des adhérences de péricholécystite. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Femme F..., 50 ans, opération le 11 octobre 1893.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 400.

OBS. 21. — **Tumeur du duodénum sans rétrécissement du pylore. — Dilatation considérable et hypertrophie de l'estomac. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Elisabeth L..., 35 ans, opération le 24 octobre 1893.

La malade devient enceinte après l'opération.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 319 et p. 400.

OBS. 22. — **Tumeur du pylore du volume du poing. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Josef D..., 21 ans, opération le 30 novembre 1893.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 321 et p. 400.

OBS. 23. — **Carcinome du pylore. — Gastrectasie. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Apollonia W..., 30 ans, opération le 5 février 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 323 et p. 401.

OBS. 24. — **Pylore fixé par des adhérences. — Échec de la pyloroplastie. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Johann. M..., 43 ans, opération le 27 février 1894. (Publié par Dreydorff.)

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 325 et p. 401.

OBS. 25. — **Carcinome annulaire du pylore. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Kath. V..., f., 63 ans, opération le 6 juin 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 327 et p. 401.

OBS. 26. — Tumeur ayant envahi la vésicule biliaire, le pylore et le pancréas. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Maria G..., 51 ans, opération le 25 juin 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrag zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 398 et p. 402.

OBS. 27. — Rétrécissement du pylore consécutif à un ulcère. — Pylore adhérent et résistant. — Dilatation stomacale et hypertrophie des parois. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Hélène F..., 46 ans, opération le 22 juin 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrag zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 330 et p. 402.

OBS. 28. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Mort.

Albertine Sp..., 64 ans, opération le 2 août 1894.

A l'autopsie, bon état des sutures. Néphrite. Cystite. Hypostase pulmonaire.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrag zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 402.

OBS. 29. — Sténose peu marquée du pylore. — Cholécystotomie. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Luise M..., 35 ans, opération le 16 août 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrag zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 333 et p. 402.

OBS. 30. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.

Barbara G..., 45 ans, opération le 16 octobre 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrag zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 336 et p. 403.

OBS. 31. — **Estomac en sablier. — Adhérences de la région pylorique du lobe gauche du foie. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

M. N..., 49 ans, opération le 26 octobre 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 337 et p. 403.

OBS. 32. — **Induration du pylore adhérente au foie et à l'épiploon. — Dilatation considérable de l'estomac. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Mort.**

Rosine G..., 34 ans, opération le 24 novembre 1894.

L'autopsie montre ulcère ancien du duodénum. Pneumonie. Pleurésie.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 339 et p. 403.

OBS. 33. — **Sténose du pylore consécutive à un ulcère. — Induration aplatie du pylore de nature indéterminée. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Oliva Sch..., 40 ans, opération le 2 décembre 1894.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 341 et p. 404.

OBS. 34. — **Énorme dilatation stomacale. — Sténose cicatricielle du pylore par brûlures dues à l'acide sulfurique, vitriol. — Emphysème de l'épiploon. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Catharine N..., 27 ans, opération le 23 janvier 1895.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 342 et p. 404.

OBS. 35. — **Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Susanna A..., 33 ans, opération le 23 janvier 1895.

In MUNDLER, loc. cit. *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 344 et p. 404.

OBS. 36. — **Carcinome annulaire du pylore. — Gastrectasie. — Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. — Guérison.**

Daniel W..., 50 ans, opération le 28 janvier 1895.

Éventration post-opératoire.

In MUNDLER, loc. cit *Beitrage zur klinische Chirurgie*, 1895, t. XIV, p. 404.

CHAPUT

OBS. 37. — **Rétrécissement musculaire du pylore. — Gastro-entérostomose postérieure avec le bouton anastomotique de Chaput. — Mort.**

A. G..., âgé de 55 ans, opération le 15 janvier 1896.

L'autopsie fait constater le bon fonctionnement de la bouche. Il existait cependant une couture au point où naît le jéjunum.

In CHAPUT. De la gastro-entérostomose par le bouton anastomotique de Chaput. *Bulletin de la Société anatomique*, 71^e année, 1896, p. 22 et 154.

BILLROTH

OBS. 38. — **Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.**

Fr. Duden, 28 ans, marchand, opération le 13 février 1886.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1889, p. 808.

OBS. 39. — **Rétrécissement cicatriciel du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.**

M. M. S..., 32 ans, opération le 22 mai 1886 (Billroth).

La mort survint, à la suite d'une désunion de la plaie, par péritonite circonscrite et inanition au 16^e jour.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1889, p. 809.

BUDINGER

OBS. 40. — **Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.**

M. J..., 60 ans, h., opération le 8 août 1892.

La mort survint le 12 août 1892 par péritonite purulente circonscrite due à la suppuration des fils.

In VON HACKER, loc. cit., *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 638.

OBS. 41. — **Carcinome du pylore et de l'estomac. — Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique.**

H. M..., 44 ans, f., opération le 4 mars 1893.

Durée de l'opération : une heure et demie. Guérison opératoire.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 638.

OBS. 42. — **Carcinome du pylore étendu et ayant déterminé une sténose adhérente au foie. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Mort de collapsus.**

Ch. Ch..., 64 ans, h., opération le 14 mai 1894.

L'autopsie montre que le cancer s'est développé autour d'une fistule qui fait communiquer la vésicule biliaire avec le duodénum et qui a dû être déterminée il y a des années, par le passage d'un calcul biliaire.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 639.

OBS. 43. — **Carcinome du pylore et de l'estomac. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.**

M. P..., 29 ans, f., opération le 5 septembre 1894.

Durée de l'opération, une heure et quart. Abscès de la paroi.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 639.

OBS. 44. — **Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison.**

Z. F..., 34 ans, f., opération le 12 septembre 1894.

Vomissements le jour et le lendemain de l'opération. Abscès de la paroi.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 639.

DELAGENIÈRE

OBS. 45. — **Cancer du pylore généralisé. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.**

B..., 59 ans, agriculteur, opéré le 12 juillet 1892.

Vomissements bilieux. Pas d'autopsie.

In DELAGENIÈRE, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1892, 9 novembre, p. 683.

DELBET

OBS. 46. — **Hernie ombilicale avec des phénomènes d'étranglement. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.**

F..., 62 ans.

L'autopsie montra le bon fonctionnement de la bouche.

In HÉRESCO, *Bulletin de la Soc. anat.*, 1896, 5^e série, t. X, mars p. 170.

DESFOSSÉS

OBS. 47. — **Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie trans-méso-colique. — Mort.**

Al..., Louis, 55 ans, opération le 21 septembre 1897.

Durée de l'opération, une heure et quart.

In DESFOSSÉS, Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1897, 15 octobre.

Le malade avait été soigné dans le service de M. Jaccoud, pour cancer du pylore, et dilatation de l'estomac. Le malade fut opéré le 21 septembre. M. Lyot voulut bien me confier le soin de pratiquer la gastro-entérostomie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva l'estomac dilaté et la région pylorique extrêmement indurée. Une boutonnière fut créée à travers le mésocôlon transversé, et la première anse jéjunale abouchée à la paroi postérieure de l'estomac, près de la grande courbure, par deux plans de suture à la soie fine. L'opération dura une heure et quart. Anesthésie à l'éther.

A la suite de l'opération, le malade ne présenta plus aucun vomissement, et put absorber du champagne et du lait. Le malade, très cachectique, s'affaiblit de plus en plus, présenta de la dyspnée et de la fréquence du pouls. Il mourut le 24 septembre.

L'autopsie montra le bon fonctionnement de la bouche placée à 12 centimètres de l'orifice pylorique et sur la première anse jéjunale. L'orifice de néoformation admettait facilement l'index. L'estomac, très dilaté, présentait, immédiatement au-dessus du pylore, une zone indurée annulaire hérissée de saillies irrégulières. Aucune réaction péritonéale. Les *poumons* étaient atteints de bronchopneumonie des lobes inférieurs.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée, pratiqué par M. F. Besançon, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique typique. La formation épithéliale arrivait jusqu'au contact de la musculuse et l'entamait même en certains points. La séreuse était intacte.

VON EISELBERG

OBS. 48. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Thérèse Braun, 57 ans, opération le 10 septembre 1889.

La mort survint au bout de trois jours par perforation spontanée de l'ulcère cancéreux dans le voisinage de la suture stomacale.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1889, p. 815.

OBS. 49. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Steinmetz, 38 ans, paysanne, opération le 25 juin 1889.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1889, p. 812.

OBS. 50. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

B. J..., 49 ans, f., opération le 16 novembre 1889.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit., *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 636.

DESFOSSÉS.

OBS. 51. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique. — Guérison opératoire.

H. Th..., 68 ans, f., opération le 3 mars 1890.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 636.

OBS. 52. — Carcinome situé dans la région du pancréas et du duodénum. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.

K. M..., 56 ans, f., opération le 30 avril 1890.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 636.

OBS. 53. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.

N. J..., 64 ans, f., opération le 24 juin 1890.

Durée de l'opération, une heure et demie. Quelques vomissements hémorragiques.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 636.

OBS. 54. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.

P. St..., 40 ans, h., opération le 30 mars 1891.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 636.

OBS. 55. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Mort de collapsus le soir de l'opération.

P. J..., 44 ans, h., opération le 1^{er} juin 1891.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 637.

OBS. 56. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie
rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.

B. M..., 44 ans, h., opération le 21 mai 1892.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Woch.*, 1895, n° 33, p. 637.

OBS. 57. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-
colique postérieure. — Guérison opératoire.

R. S..., 25 ans, h., opération le 1^{er} juin 1892.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 637.

OBS. 58. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-
colique postérieure. — Mort.

W. M..., 57 ans, h., opération le 28 mai 1893.

Durée de l'opération, une heure et quart. Mort de collapsus. L'autopsie montre le bon état des sutures.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 639.

VON HACKER

OBS. 59. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie
postérieure. — Mort.

Franz Maglia, 40 ans, opération le 4 juillet 1835.

In VON EISELBERG, loc. cit., *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 807.

OBS. 60. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie pos-
térieure. — Guérison opératoire.

Johann Nagel, 50 ans, domestique, opération le 24 juillet 1886.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 807.

OBS. 61. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

Carl Kscher, 41 ans, opération le 3 octobre 1885.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 808.

OBS. 62. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

J. Kicking, paysan, 46 ans, opération le 20 août 1887.

Au bout de trois jours, mort de pneumonie.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 807.

OBS. 63. — Rétrécissement du pylore. — Aucune tumeur. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison.

S... Wilhelm, 60 ans, opération le 23 novembre 1894.

In VON HACKER. Ueber Magenoperationem bei Carcinom und bei narbigen Sténosen. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 34, p. 606.

OBS. 64. — Rétrécissement du pylore par cholélithiase. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison.

W... Josepha, opération le 5 avril 1895.

In VON HACKER, loc. cit., p. 606.

OBS. 65. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique. — Mort.

B..., Rudolph, 40 ans, opération le 31 janvier 1892.

Autopsie. Gangrène du lobe inférieur du poumon droit.

In VON HACKER. Zur operativen Behandlung der Pylorusstenosen und der malignen neoplasmen des Magens. (Carcinom. Larkom.). *Wien. Klinische Wochen.* 1892, n° 47, p. 675.

OBS. 66. — Rétrécissement du pylore. — Suite d'ulcère. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

W..., Jules, 33 ans, pharmacien, opération le 22 mars 1890.

Très remarquable succès opératoire et fonctionnel.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1892, n° 46, p. 663.

OBS. 67. — **Rétrécissement fibreux. — Cholélithiase. — Gastro-entérostomie postérieure et cholécystostomie. — Succès opératoire.**

Cath. G..., 41 ans, opération le 17 mai 1892.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1892, n° 47, p. 677.

OBS. 68. — **Sténose cicatricielle du pylore (pas de tumeur). — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Mort.**

Kr..., Marie, 42 ans, opération le 12 janvier 1893 (Von Hacker).

Mort au treizième jour par marasme et pneumonie.

L'autopsie ne mentionne pas l'état de la bouche. La malade avait eu des vomissements bilieux.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 590.

OBS. 69. — **Sténose cicatricielle du pylore (tumeur de la grosseur d'une pomme). — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure.**

K..., Edmond, 49 ans, ingénieur, opération le 19 juin 1893.

Opération suivie d'une restitution ad integrum des fonctions de l'estomac.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 591.

OBS. 70. — **Carcinome du pylore né sur le fond d'un ulcère. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.**

H. K..., 45 ans. f., opération le 31 janvier 1894.

Durée de l'opération, une heure un quart.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 639.

GROSS

OBS. 71. — **Rétrécissement fibreux du pylore. — Pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz. — Récidive. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.**

W..., 35 ans, cordonnier, opération le 18 février 1893.

In WILHELM E.). *Thèse*, Nancy, 1893, p. 350.

OBS. 72. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

H..., 37 ans, voyageur de commerce, opération le 23 juillet 1893.

A l'autopsie, on constate le bon fonctionnement de la bouche. Le malade avait présenté une parotidite post-opératoire.

In WILHELM (E.). *Thèse*, Nancy, 1893, p. 347.

LANGER

OBS. 73. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique sur un moribond.

N. N..., 57 ans, h., opération le 11 juin 1893.

Mort six heures après l'opération.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 639.

LEJARS

OBS. 74. — Brûlures de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique. — Sténose pylorique rapide. — Gastro-entérostomie postérieure avec bouton de Murphy. — Guérison.

Femme, 29 ans, opération le 12 mars 1896.

In LEJARS (F.), loc. cit. *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1896, 25 juin, n° 51, p. 601.

MICHAUX

OBS. 75. — Cancer de l'estomac. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

M. M..., opération le 28 avril 1892.

In MICHAUX (P.). Un cas de gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. *Gazette des hôp.*, 1892, n° 75, p. 707.

NARATH

OBS. 76. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure.

W. M..., 48 ans, f., opération le 9 décembre 1893.

Vomissements post-opératoires. Absès de la paroi et ouverture de la plaie. Décubitus. Mort le 5 janvier 1895.

L'autopsie montre une pneumonie double, cystite, pyélite. La bouche de néoformation est parfaite.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 639.

OBS. 77. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. — Guérison opératoire.

K. M..., 43 ans, f., opération le 11 février 1894.

Durée de l'opération, une heure et demie.

In VON HACKER, loc. cit. *Wien. Klinische Wochen.*, 1895, n° 33, p. 639.

POZZI

OBS. 78. — Cancer de l'estomac. — Gastro-entérostomie trans-méso-colique. — Mort.

Femme, 60 ans, opération le 30 octobre 1887.

L'autopsie montre une bouche petite mais solidement établie et bien placée.

In Pozzi. Gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac. *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1889, 17 juillet, p. 586.

RICARD

OBS. 79. -- Sténose pylorique de nature probablement cicatricielle. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

L..., Vincent, 37 ans, marinier, opération le 29 mars 1892.

In TROGNON (Ch.). *Thèse*, Paris, 1893, n° 296.

ROUTIER

OBS. 80. — Rétrécissement du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

M. X..., 54 ans, opération le 8 septembre 1897.

In ROUTIER. *Société de chirurgie*, séance du 12 décembre 1897.

ROUX

OBS. 81. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Marie B..., 40 ans, opération le 12 juillet 1894.

In Roux (C.), De la gastro-entérostomie. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, janvier-février, n° 1 p. 101.

OBS. 82. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

François Th..., 54 ans, opération le 11 février 1891.

Quelques vomissements bilieux.

In Roux (C.), loc. cit., p. 102.

OBS. 83. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Jenny C..., 57 ans, opération le 29 août 1894.

Quelques vomissements bilieux.

In Roux (C.), loc. cit., p. 102.

OBS. 84. — Cancer du pylore et de la grande courbure. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Louise B..., 61 ans, opération le 2 avril 1895.

In Roux (C.), loc. cit., p. 103.

OBS. 85. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Félix P..., 41 ans, opération le 4 juillet 1896.

In Roux (C.), loc. cit., p. 103.

OBS. 86. — Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

M^{me} E.-E. N., 70 ans et demi, opération le 14 mai 1894.

Opération sans narcose.

In Roux (C.), loc. cit., p. 104.

OBS. 87. — Rétrécissement sous-séreux du pylore. — Pyloroplastie. — Persistance des accidents. — Gastro-entérostomie postérieure sans narcose. — Mort.

Marie-Constance S..., 47 ans, opération le 18 janvier 1895.

Autopsie permet de constater l'excellent état de la bouche.

In ROUX (C.), loc. cit., p. 104.

SALZER

OBS. 88. — Tumeur du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Marie Boyer, 57 ans, opération le 22 août 1889.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 814.

OBS. 89. — Carcinome du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

F. Seffkosa, 40 ans, opération le 7 juillet 1889.

In VON EISELBERG, loc. cit. *Archiv. für Klinische Chir.*, 1889, p. 812.

TUFFIER

OBS. 90. — Ulcère d'estomac. — Gastro-entérostomie postérieure de Courvoisier. — Mort par perforation survenue probablement le matin de l'opération.

Rapportée en partie in MARION (G.). De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple. *Thèse*. Paris, 1897.

C... François, 33 ans.

Entré le 1^{er} mars 1897, hôpital de la Pitié. Oreillons à 23 ans, orchite ourlienne bilatérale et atrophie testiculaire consécutive double. Blennorragie légère à 25 ans.

Il y a deux ou trois ans, C... a commencé à vomir des matières muqueuses, bilieuses, puis alimentaires, de couleur marc de café, affirme le malade. Pas de méloena. Il se plaint d'avoir éprouvé quelquefois du hoquet et des douleurs très vives localisées à l'hypocondre gauche. A cette époque déjà, le malade avait observé, au niveau de la région épigastrique, une petite tumeur qui sortait et rentrait facilement. Il se mit au régime lacté absolu et obtint une

DESFOSSÉS.

6.

amélioration notable dans son état, à ce point que, depuis cinq ou six mois, il avait recommencé à manger comme par le passé. Il y a un mois et sans raison les mêmes accidents qu'il y a trois ans reparurent : douleurs dans la région stomacale, vomissements noirs, pas de mélena.

Il entre le 1^{er} mars à la Pitié, salle Piorry, on lui donne du lait et du bismuth. L'amélioration est peu sensible, et il se décide à entrer en chirurgie.

État actuel. — Le ventre est ballonné et on détermine à la pression des douleurs diffuses. Le foie déborde un peu les fausses côtes. On trouve deux pointes de hernies inguinales et une petite hernie épigastrique siégeant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Elle sort facilement sous l'effort ; sa grosseur est celle d'une noisette ; elle rentre avec la même facilité. On ne trouve rien à l'exploration profonde du pylore. L'estomac paraît un peu dilaté. Le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation et présente des symptômes éthyliques marqués : crampes dans les mollets, cauchemars terrifiants, rêves professionnels, pituites matutinales, tremblement fibrillaire de la langue. Le matin même de l'opération, il a un vomissement abondant de liquide brunâtre.

Opération le 18 mars. Incision médiane de 12 centimètres finissant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Estomac distendu, très vasculaire, à parois épaisses, plus résistantes et plus dures que normalement, mais sans trace de nodosités. Au-dessus du pylore et du niveau de la petite courbure, on voit une bride allant de la face inférieure du foie à la face antérieure de l'estomac. On fait la gastro-entérostomie postérieure par le procédé habituel. La vascularisation extrême étant l'abouchement (peut-être trop rapproché de la grande courbure) a un peu compliqué l'opération par la quantité de sang écoulé. Toutes les sutures sont faites à la soie. Pansement antiseptique.

Remarques. — Il se produit un léger hématome à la base de l'épiploon, au niveau de son insertion stomacale, et dû à un vaisseau non lié, pris dans la suture séro-séreuse antérieure. Deux autres petits vaisseaux, ouverts pendant la déchirure de l'épiploon et situés dans l'épiploon lui-même, ont été liés à la soie.

Durée de l'opération : 55 minutes, dont 24 minutes pour les sutures.

Suites opératoires. — Le malade a des vomissements considérables, immédiatement après l'opération. Le soir il vomit à flots un liquide brunâtre, analogue à celui qu'il rendait avant l'opération. Dans la nuit, vomissements continuels, agitation extrême. Le matin, 4 grammes de chloral en lavement.

19 mars. — Le matin, vomissements abondants de liquide brunâtre. Pilules d'opium de 2 centigrammes à 10 heures et demie. A partir de ce moment les

vomissements diminuent. A 3 heures et demie, VI gouttes de laudanum. Les vomissements ont à peu près cessé le soir. A 8 heures, 1 centigramme de morphine. Dans la nuit pas de vomissements.

20 mars. — Les vomissements apparaissent de nouveau dans la journée. Ce sont des matières brunâtres que le malade rejette avec force, en jet. Le facies est très mauvais ; le pouls très fréquent et faible. On craint une issue mortelle.

21 mars. — En présence de la persistance des vomissements et bien que le ventre fût souple et nullement ballonné, M. Desfosses, interne du service, ouvre le ventre. Le malade est endormi à l'éther ; on fait sauter les points de suture. On trouve les intestins modérément distendus et de coloration normale. Au niveau de la gastro-entérostomie l'anse a conservé son aspect normal ; il n'y a ni coudure brusque, ni diminution de calibre de l'intestin. Les anses intestinales ne sont point particulièrement vascularisées, et on ne constate en aucun point l'aspect d'un péritoine enflammé. Immédiatement après la fermeture de l'abdomen par un seul plan de suture à la grosse soie, on pratique une injection intra-veineuse de 1,500 grammes de sérum artificiel et une injection de 0gr,75 de caféine. Le malade continue à vomir comme auparavant. Le facies est mauvais. Délire, agitation extrême. On croit que le malade n'en a plus que pour quelques heures.

22 mars. — Même état extrêmement grave. Les vomissements ont une coloration jaunâtre. Injection de 0gr,50 de caféine. Le matin, injection de 1,300 grammes de sérum artificiel. Le soir, nouvelle injection intra-veineuse de 1,500 grammes de sérum. Langue sèche, pouls misérable, incomptable. Extrémités froides. Lavements nutritifs.

23 mars. — Toujours du délire. Vomissements fréquents ; pouls fréquent mais plus fort. Le malade urine sous lui ; diarrhée. Injection de 0gr,75 de caféine. Injections intra-veineuses de 1,500 grammes de sérum le matin et le soir. Le malade a toujours du délire, mais est moins agité. Il ne peut supporter le poids des couvertures. Lavements nutritifs. Du sang est prélevé avec une pipette à l'ouverture d'une veine préparée pour une injection saline intra-veineuse et confié à l'examen de E. Rist.

24 mars. — Ce matin, le malade présente un gonflement extrêmement douloureux de la région parotidienne gauche ; il a de la peine à ouvrir la bouche.

25 mars. — A 9 heures du matin, mort dans le coma.

Autopsie. — La gastro-entérostomie a bien tenu et le doigt pénètre facilement par l'orifice créé. La continuité des muqueuses est parfaite. A la partie

supérieure de la région pylorique à deux centimètres du pylore, existe *une perforation de l'estomac* grande comme une pièce de 2 francs, au centre d'un ulcère adhérent par son pourtour à la face inférieure du foie.

En voulant séparer le foie de l'estomac, on produit une perforation de ce viscère siégeant au niveau de la petite courbure, près du pylore. En examinant l'estomac par sa face muqueuse on note à ce niveau une perforation arrondie dont les bords adhéraient au foie.

Cette perforation présente un diamètre de 3 à 4 centimètres et le foie qui forme le fond de l'ulcère présente un aspect blanchâtre cicatriciel.

Les pièces d'autopsie ont été présentées à la *Société anatomique*. (Séance du 9 avril 1897.)

Obs. 91. — Sténose cicatricielle du pylore. — Gastro-entérostomie de Courvoisier. — Eventration partielle. — Guérison.

Résumée in HAYEM. Sténose pylorique. *La Presse médicale*, 1897, 20 novembre, n° 97, p. 322, Obs. II.

B. . . 48 ans, employé.

Présence de liquide résiduel dans l'estomac, le matin, à jeun, résidus alimentaires dans l'eau des lavages. Dilatation (grande courbure à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic). Pas de tumeur, pas d'empatement à la palpation.

Opération pratiquée par M. Tuffier, le 16 mars 1897. On trouve une large bride fibro-vasculaire, unissant la vésicule biliaire au pylore et coudant ce dernier. L'exploration de la région pylorique fait sentir une surface rugueuse, irrégulière, due à une lésion de la muqueuse. La bride est réséquée et l'on pratique la gastro-entérostomie par la méthode de Courvoisier.

L'opération a duré une heure en tout. Les sutures intestinales ont pris 29 minutes.

Les suites opératoires furent d'abord très simples. La température oscilla autour de 37. Pouls régulier et fort. Pas de vomissement.

Le 22, ablation des fils. La réunion de la plaie paraît parfaite. A partir de ce jour le malade alla moins bien et souffrit de la région stomacale.

Le 26 mars, le malade a un vomissement abondant.

On défait le pansement et l'on voit que la plaie est presque complètement désunie. Entre les lèvres de la plaie fait saillie un bourgeon charnu de la grosseur du pouce qui paraît être formé par l'intestin. Cette éventration remonte certainement à plusieurs jours, car la surface de la partie herniée est

couverte de bourgeons charnus très fins et adhère aux lèvres de la plaie. On se contente de toucher cette surface à la teinture d'iode et d'appliquer un pansement aseptique.

Les jours suivants, on renouvelle le pansement, la plaie bourgeonne mais le malade continue à vomir.

4 avril. — En présence de ces vomissements, qui peuvent tenir à des tiraillements sur l'estomac et l'intestin provoqués par l'adhérence du bourgeon à la plaie, on croit devoir opérer. Le malade est endormi. M. Desfosses, après nettoyage soigné du bourgeon, le détache de ses adhérences aux lèvres de la plaie. Ce bourgeon est constitué : par une portion de l'épiploon, l'extrémité du bord tranchant du foie en haut, une partie de la face antérieure de l'estomac en bas, le tout est adhérent aux lèvres de la plaie. L'épiploon est attiré, réséqué après ligature et refoulé. Le foie et l'estomac sont libérés de leurs adhérences le plus loin possible. La paroi abdominale suturée en un seul plan : grosse soie plate pour les fils profonds, crins de Florence pour les fils superficiels. L'accolement des lèvres de la plaie est difficile.

6 avril. — Pansement. Les lèvres de la plaie sont mal accolées, la peau est renversée en dedans.

Pendant quelques jours, à plusieurs reprises, le malade a des vomissements très abondants de liquide verdâtre.

Du 11 avril au 14 avril, on lui fait chaque matin de grands lavages de l'estomac, plusieurs litres passent et ramènent des mucosités verdâtres.

Le malade est alimenté au moyen de lavements nutritifs et ne prend par la bouche qu'un peu de lait et de rhum.

Le 15 avril. — Le malade ne vomit plus et commence à s'alimenter convenablement.

À la fin d'avril, le malade mange avec appétit et digère bien.

Le 1^{er} mai. — Le malade retourne dans le service du Dr Hayem.

Le malade fut présenté à la Société de chirurgie à la séance du 13 octobre 1897 en parfait état de santé.

OBS. 92. — Rétrécissement spasmodique du pyllore. — Gastro-entérostomie postérieure de Courvoisier. — Petit hématome sous-séreux. — Guérison opératoire.

G... Marie, 24 ans, sans profession.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, et depuis très régulièrement.

C'est vers l'année 1885 que la malade commença à éprouver des troubles gastriques ; elle ressentait des douleurs au creux de l'estomac et avait souvent des vomissements bilieux abondants. Ces phénomènes s'accrurent petit à petit avec des alternatives d'amélioration. C'est à partir de 1889 que la malade vit son amaigrissement augmenter, elle avait à cette époque des vomissements presque journaliers, des aigreurs et du clapotement stomacal dont elle s'apercevait elle-même.

En 1890, elle contracta l'influenza qui la rendit très malade et accentua son amaigrissement. L'appétit était presque complètement perdu et le mauvais état de sa dentition, en gênant la mastication, ajoutait à cette anorexie. La malade suivit la plupart des traitements en usage contre la dyspepsie. En 1890 et 1891, elle est soumise au traitement hydrothérapique qui lui donna une amélioration passagère. En 1892, elle consulta M. Capitan qui ordonna le port d'une ceinture hypogastrique de Glénard. Cette ceinture soulagea beaucoup la malade. Ne supportant plus la viande depuis longtemps, elle put se nourrir avec assez d'appétit, principalement de lait et d'œufs. L'amélioration ne fut pas de longue durée. Les douleurs épigastriques, les vomissements, l'amaigrissement reparurent. Sur les conseils du Dr Baudoin, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La malade souffre en somme de son estomac depuis plus de 10 ans. L'amaigrissement est très accentué, l'anorexie est complète, les vomissements presque journaliers, la constipation opiniâtre. La malade n'a jamais ni hématemèse, ni mélena. A l'inspection, le ventre est souple, non ballonné, le foie déborde à peine les fausses côtes. A la palpation profonde au-dessous de l'appendice xyphoïde, on sent une petite masse dure allongée du volume du petit doigt et paraissant avoir une longueur de deux centimètres. Rien à signaler au cœur et aux poumons. G... M. est très émotive, très impressionnable, mais on ne trouve chez elle aucun stigmate net d'hystérie.

Opération. 9 mars. — Incision de 12 centimètres sur la ligne médiane. A l'ouverture du péritoine on aperçoit immédiatement l'estomac qui est très dilaté. Au niveau du pylore on retrouve l'anneau très dur que la palpation avait décelé. Il n'existe aucune induration périphérique pouvant faire croire à la présence d'un néoplasme. On effondre le grand épiploon et le mésocolon transverse.

La première anse intestinale post-duodénale est saisie, attirée et appliquée à la face postérieure de l'estomac, le plus près possible du pylore. Toutes les sutures sont faites à la soie fine, suivant notre procédé habituel. La paroi antérieure de l'estomac était très vasculaire. *Pendant l'opération il se fit un*

petit hématose sous la séreuse. La paroi abdominale fut suturée par trois plans. Durée totale de l'opération, 65 minutes.

Les suites opératoires se firent sans incidents, le 15 mars on enlève les fils, le 27 mars la malade quitte l'hôpital en excellent état.

A la fin de mai on reçoit de ses nouvelles ; l'état général est excellent, la malade mange de tout et engraisse.

OBS. 93. — Sténose cicatricielle du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure de Courvoisier. — Phlegmatia alba dolens. — Guérison.

Résumée in HAYEM. Sténose pylorique. *La Presse médicale*, 1897, 20 novembre, n° 97, p. 322.

D... Jules, 45 ans, charcutier.

Grande quantité de liquide contenant beaucoup de résidus alimentaires, le matin, à jeun. Persistance de liquide chargé de débris alimentaires après lavage la veille au soir. Pas de dilatation. Zone diffuse d'empatement dans la région pylorique.

Opération, pratiquée le 27 avril, par M. Tuffier. Petite courbure adhérente au foie. Plaque d'induration au niveau de la partie adhérente, s'étendant jusqu'au pylore. Adhérences fibreuses unissant l'antra prépylorique à l'épiploon. Gastro-entérostomie postérieure de Courvoisier.

L'effondrement du mésocôlon est particulièrement difficile en raison de son épaisseur anormale.

La durée totale de l'opération est de 45 minutes.

Suites opératoires. — Pas de vomissements, la température oscille autour de 37°.

Le 3 mai, le malade s'alimente avec des côtelettes.

Le 4 mai au soir, il commence à éprouver de très vives douleurs dans le membre inférieur gauche.

Le 5 mai, à la visite, on constate un œdème généralisé de tout le membre inférieur gauche. Au niveau de la cuisse, on sent nettement la veine saphène interne saillante sous le doigt, c'est un œdème très légèrement rosé où se dessinent des veinosités, surtout très marquées au niveau de la cuisse.

Cet œdème s'accrut pendant deux jours.

Le 9 mai, il remonte jusque sur la partie inférieure de l'abdomen. Les bourses sont œdématisées et la verge gonflée atteint le volume d'un avant-bras. Le membre inférieur également a augmenté de volume ; l'œdème plus

mou qu'il n'était la veille. On ne sent plus le cordon veineux. A droite, la région malléolaire est légèrement œdématiée. Au niveau de la plaie opératoire, on constate de la suppuration au point d'entrée et de sortie des deux fils supérieurs. — Les fils sont enlevés, la plaie est désunie à sa partie supérieure, sur une étendue de trois centimètres environ, pour permettre l'issue de quelques grammes de pus. Cette suppuration se tarit rapidement.

Dans les jours qui suivent, on voit l'œdème diminuer progressivement de volume, disparaître très rapidement au niveau des bourses et de la verge, très lentement au niveau du membre inférieur, en même temps la plaie abdominale se cicatrise, le malade engraisse.

Le 14 juin, il quitte la Pitié.

Le malade fut présenté en parfait état de santé à la *Société de chirurgie*, séance du 27 octobre 1897.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

- ALBERT (E.) (Vienne). — Ein bemerkenswerther Fall von gastroenterostomie. Un cas remarquable de gastro-entérostomie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1893, janvier, n° 1, p. 1-4.
- BOND (J.). — On some cases of non-malignant pyloric stenosis treated by operation, with remarks on the pathology of the disease. 1896, 25 juillet, n° IV, of vol. II, n° 3804, p. 236.
- BRON (A.). — De la compression du duodénum et des accidents qui en résultent. *Thèse*, Paris, 1893, 23 nov.
- BRENNER (A.). — Zur technick der gastro-entérostomie, in *Wien. klinische Wochenschr.*, 1882, 30 juin, n° 26, p. 375.
- BRUNON. — Note sur un cas d'obstruction pylorique non cancéreuse; gastro-entéro-anastomose. *Loire Médicale*, 1895, 15 juillet, n° 7, p. 172-176.
- CHAPUT. — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires, Paris, 1892.
- CZERNY (V.) et RINDELEISCH (Walter). — Sur les opérations faites sur l'estomac et l'intestin à la clinique chirurgicale de Herdelberg. *Beitrage zur klinischen chirurgie*. Tübingen, 1892, p. 674 et suiv.
- DEBAISIEUX (M.). — Gastro-entérostomie, in *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1896, 15 avril, n° 1, p. 22.
- DOYEN (E.). — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin. *Archives provinc. de chir.*, 1892, 1^{er} juillet, n° 1, p. 23.
- DEFONTAINE (L.). — De la gastro-entérostomie pour dyspepsies ou gastrites rebelles. *Archiv. provinc. de chir.*, t. VI, n° 3, mars 1897, p. 145.
- DUVIVIER. — Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. *Thèse*. Paris, 1895.
- DUNIN (Th.). Ueber die Resultate der gastro-entérostomie bei narbigen verengerung des Pylorus. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1894, 15 janvier, n° 3, p. 56 22; janvier, n° 4, p. 90.
- HACKER (von). — Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen stenosen. (Des opérations pratiquées sur l'estomac pour carcinomes et sténoses cicatricielles), avec un aperçu de tous les résultats des résections de l'estomac et des gastro-entérostomies pratiquées dans la clinique de Billroth, de 1880 au 1^{er} octobre 1894, in *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 447; n° 27, p. 488; n° 33, p. 589; n° 34, p. 606; n° 35, p. 622; n° 36, p. 636.

- HACKER (von). — Zur casuistik und Statistik der Magenresectionem und Gastroenterostomien. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie*. Vierzehnter Congress abgehalten zu Berlin, vom 8. 11 april 1885, 11 p. 67.
- JALAGUIER (A.). — De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusions du pylore. *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1891, n° 41, 10 oct., p. 485.
- JEANNEL (M.). — De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et pour cancer. *Archives provinciales de chirurgie*, 1893, t. II, janvier, n° 1, p. 29.
- JABOULAY (M.). — La gastro-entérostomie. La jéuno-duodénostomie. La résection du pylore. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, t. I, juillet, n° 1, p. 1.
- GUINARD (A.). — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Paris, 1892.
- KLAUSSNER (F.). — Ein Beitrag zur operativen Behandlung des ulcus ventriculi. *Munchener Medicinische Wochenschrift*, 1896, 15 septembre, n° 37, p. 863.
- KOCHER (Th.). — Chirurgische operationslehre, Iéna, 1897.
- LAMBOTTE (A.). — Contribution à la gastro-entérostomie. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1896, 15 octobre, n° 5, p. 173.
- LAMBOTTE (A.). — Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1896, 15 avril, n° 1, p. 27.
- LAMBRET (C.). — Gastro-entérostomie et cancer gastrique. *Bulletin Médical*, 1897, 10 octobre, n° 81, p. 933.
- MAHAUT (F.). — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose pour sténose cancéreuse du pylore. *Thèse*. Lyon, Novembre 1895, n° 1126.
- MARION (G.). — De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac. *Thèse*. Paris, 1897.
- MAUCLAIRE (P.). — De la gastro-entéro-anastomose pour sténose du pylore et du duodénum (portion sus et sous-vatérienne). *Tribune Médicale*, 1894, 19 décembre, n° 51, p. 1009 et 1030.
- MINTZ (S.). — Ueber das funktionelle resultat der Magenoperationen. Sur les résultats fonctionnels des opérations sur l'estomac. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, 18 avril, n° 16, p. 293; 2 mai, n° 18, p. 330; 16 mai, n° 20, p. 364.
- MORESTIN (H.). — De la gastro-entérostomie. *Gazette des hôpitaux*, 1893, janvier, n° 9, p. 73.
- NOORDEN (von). — Zwei operative Eingriffe wegen Folgezustanden von Magengeschwüren. *Munchener Medicinische Wochenschrift*, 1896, 1^{er} septembre, n° 35, p. 817.
- PEUGNIEZ (P.). — Chirurgie de l'estomac : pylorectomie, gastro-entérostomie et gastrotomie. *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, t. III, mai, n° 5, p. 257.
- SOULOGOUX (Th.). — Gastro-entéro-anastomose, entéro-anastomose, cholécystentéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser. *La Presse Médicale*, 1896, 22 juillet, n° 59, p. 349.
- WOLFLER (Ant.). — Gastro-entérostomie. *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, 12 nov., n° 45, p. 705.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT